FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE N° 902

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Claude, René MARGUERIE
né le 27 avril 1936 à Caen
Interne des Hôpitaux d'Angers

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'OSTEOCHONDRITE POST-REDUCTIONNELLE DANS LES LUXATIONS CONGENITALES DE LA HANCHE TRAITEES AVANT L'AGE DE CINQ ANS

Président : Mr MERLE D'AUBIGNE, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE · PARIS-Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Claude, René MARGUERIE

né le 27 avril 1936 à Caen

Interne des Hôpitaux d'Angers

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'OSTEOCHONDRITE POST-REDUCTIONNELLE DANS LES LUXATIONS CONGENITALES DE LA HANCHE TRAITEES AVANT L'AGE DE CINQ ANS

Président : Mr MERLE D'AUBIGNE, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE · PARIS-Ve

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

1-2-1962

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . Léon BINET.
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . Jean VERNE
2e ASSESSEUR . . . . . Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) **Professeurs titulaires :**

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cochin	LEGER (L.)
Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Pitié	CORDIER (G.)
Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Salpêtrière	SICARD (A.)
Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Cinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Boucicaut	LENÈGRE (J.)
Broussais	SOULIÉ (P.)
Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cochin	BROUET (G.)
Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Lariboisière	SÈZE (S. de)
Pitié	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSER (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA(M.) m.conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J,)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMFLINE (A), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE : BOLTANSKI (E.), LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Père, A ma Mère,

en témoignage de ma reconnaissance
et de ma filiale affection.

A ma Femme,
qui a partagé les joies et les
soucis de la vie d'Etudiant

A mes Fils,

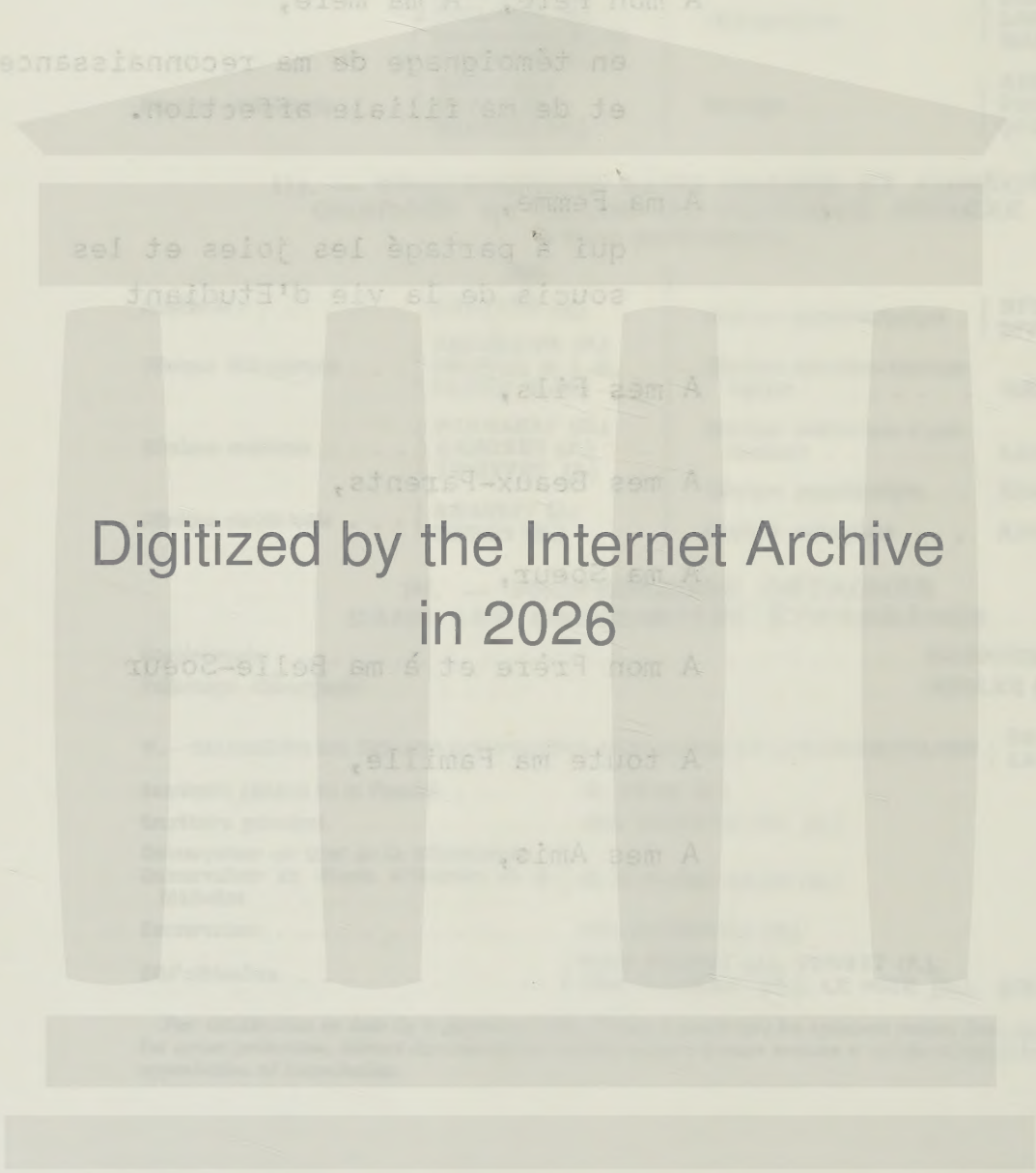
A mes Beaux-Parents,

A ma Soeur,

A mon Frère et à ma Belle-Soeur

A toute ma Famille,

A mes Amis,



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538128_0036

A Monsieur l'Abbé LEBLANC

dont l'enseignement a décidé de
mon avenir.

En témoignage de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur MERLE D'AUBIGNE,

qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette Thèse.

A mon Maître,

Le Docteur MALLET,

qui m'inspira cette Thèse et
m'a guidé tout au long de ce travail.

Ma reconnaissance et ma
respectueuse admiration.

A nos Maîtres de l'Ecole Nationale de Médecine
et de Pharmacie de CAEN,

en témoignage de notre
respectueuse gratitude.

A nos Maîtres de l'Ecole Nationale de Médecine

et de Pharmacie d'ANGERS,

en témoignage de notre
respectueuse gratitude.

I N T R O D U C T I O N

La tendance actuelle du traitement de la luxation congénitale de la hanche avant l'âge de cinq ans, est de mettre tout en oeuvre pour éviter au maximum, l'ostéochondrite qui, avec la subluxation résiduelle risque de compromettre gravement l'avenir du luxé.

Le but de ce travail est d'étudier les causes de l'ostéochondrite et le moyen d'y remédier.

La méthode thérapeutique que nous proposons semble, par la technique de la réduction lente, avoir pratiquement écarté ce grave danger que constituait l'ostéochondrite post-thérapeutique dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche chez l'enfant avant l'âge de cinq ans.

La dérotation systématique, qui la complète, permet d'améliorer le centrage.

Au cours de cette étude, nous avons remarqué certains aspects radiologiques des noyaux pouvant faire craindre l'apparition d'une ostéochondrite.

En fait, il s'est agit soit d'altérations minimes sans conséquences ultérieures, soit d'aspects évolutifs d'un noyau céphalique en voie de constitution.

Nous avons cependant relevé un cas d'ostéochondrite que nous attribuons à l'erreur thérapeutique qui consiste à réaliser en un temps l'arthrotomie et l'ostéotomie de dérotation.

CHAPITRE I

H I S T O R I Q U E

Au milieu du XIXème siècle, HUMBERT et JACQUIER tentèrent la première réduction sanglante, tandis que PRAVAZ proposait le premier procédé de réduction orthopédique par manoeuvres externes.

En I889, HOFFA mit au point une technique de réduction sanglante, les résultats médiocres et la mortalité élevée de cette méthode orientèrent les auteurs vers une méthode de réduction orthopédique préconisée par PACI.

LORENTZ l'adopta, en évitant cependant de remettre les membres en extension aussitôt après la réduction. LORENZ était partisan de la mise en flexion et abduction.

Pendant plusieurs décades la distinction entre traitement orthopédique et traitement chirurgical sera maintenue.

Vers I9IO, FROELICH attira l'attention sur l'intérêt d'un traitement prophylactique et avec lui, POULIGUEN, LE DAMANY et M.LAUCE, en France, PUTTI et GABAZZI en Italie.

La méthode de LORENZ resta en faveur jusqu'en I930. Epoque à laquelle les Américains GALLOURY, ALLISON et ADAMS pratiquaient des réductions sanglantes.

Le Congrès d'orthopédie de I939 fit un bilan des résultats éloignés du traitement orthopédique, résultats d'ailleurs peu favorables.

C'est en I946 que LEVEUF et BERTRAND, publièrent un oûvrage sur l'intérêt de l'arthrographie comme base du traitement. Les auteurs apportent la notion d'obstacle, cause d'échec et argument de plus en faveur du traitement chirurgical. Cependant, LEVEUF et BERTRAND reconnaissaient que 50 à 60 % des échecs sont imputables à l'ostéochondrite.

En Italie, PUTTI, FRANCHI et ORTOLANI furent vite partisans d'une méthode ultra-précoce. Et c'est en I954, que MEARY et GOURGON soulignent dans leur rapport les difficultés du traitement et surtout la fréquence et la gravité de l'ostéochondrite post-réductionnelle.

En étudiant les travaux de SOMMERVILLE, certains auteurs (PETIT) pensent que c'est en fait la réduction lente qui peut résoudre le problème de l'ostéochondrite. Et c'est ainsi que sur 50 cas étudiés par SOMMERVILLE on ne constate aucune ostéochondrite. En appliquant cette méthode, SCOTT obtient 8 % d'ostéochondrite et P. PETIT I2 %. Résultats qui, à l'heure actuelle, sont encore améliorés.

CHAPITRE II

ANATOMIE - PATHOLOGIQUE

L'ostéochondrite est un trouble circulatoire artériel ; c'est une nécrose ischémique de la tête fémorale.

Les travaux de TRUETA ont permis de mieux connaître la vascularisation de la tête fémorale et par là même le mécanisme de l'ostéochondrite.

Depuis longtemps les anatomistes connaissent le rôle du ligament rond ainsi que l'importance de l'artère circonflexe postérieure qui donne une branche volumineuse appelée artère inférieure du col de Lexer et Waldenström ou branche nourricière du col et de la tête.

En fait, la vascularisation de la tête fémorale subit d'importantes variations de la naissance à l'âge adulte.

Chez l'enfant, la vascularisation du noyau d'ossification de la tête du fémur est assurée par une artère branche de la circonflexe postérieure qui traverse l'insertion capsulaire cervicale au bord supérieur du col fémoral puis suit ce bord et pénètre dans la tête à sa base avant de se diviser.

LIMA, ESTEVE et TRUETA reconnaissent trois systèmes de vascularisation, correspondant à trois étapes successives de la croissance.

I° - A LA NAISSANCE

Traversant la couche de cellules cartilagineuses, future plaque de croissance de l'épiphyse, une dizaine de vaisseaux métaphysaires montent, presque verticalement et se terminent près de la surface.

Un autre groupe important de vaisseaux pénètre la partie la plus externe de la tête et gagne presque horizontalement le centre de la tête fémorale.

Ces deux groupes de vaisseaux constituent les vaisseaux métaphysaires inférieurs et épiphysaires latéraux.

Il est habituel de trouver à la fin de la vie foetale et au début de la période néo-natale, une artère et quelques vaisseaux plus petits, qui cheminent dans le ligament rond et pénétrent la tête fémorale.

2° - DE L'AGE DE 4 MOIS à 3 ANS

Avant la fin du 4ème mois, les vaisseaux du ligament rond ne pénétrent plus la tête fémorale. Ceci coïncide avec l'apparition du deuxième point d'ossification de la tête fémorale.

Dès lors et pendant toute la croissance, la vascularisation de la tête fémorale sera tributaire du dispositif suivant : les vaisseaux métaphysaires ascendants diminuent en nombre et en calibre, laissant aux vaisseaux épiphysaires latéraux le rôle d'irriguer l'épiphyse.

Il faut ensuite attendre l'âge de 6 ou 7 ans pour voir à nouveau un vaisseau du ligament rond pénétrer l'épiphyse.

Par conséquent, de l'âge de 4 mois à l'âge de 6 ans, la vascularisation de la tête fémorale dépend, presque uniquement, des vaisseaux épiphysaires latéraux issus de la circonflexe postérieure.

Le diagnostic n'est bien souvent fait qu'à l'âge de la marche. Mais à cet âge, un traumatisme, une pression trop forte exercée sur l'épiphyse et, surtout la torsion de la capsule par la mise en abduction-rotation interne et l'étirement dû aux positions extrêmes, risquent de déclencher le mécanisme de l'ostéochondrite.

C'est souligner la difficulté qu'il y a de traiter une hanche dont la vascularisation est ainsi exposée.

L'altération de la vascularisation de la tête fémorale entraîne une réaction vasculaire de remplacement et de fait, provoque des troubles de densification, de texture et de consistance du noyau ainsi que des altérations secondaires de sa forme.

L'hyperhémie du col et de l'acétabulum, due à l'existence d'un réseau artériel anastomotique provoque une ostéoporose qui contraste avec la densité du noyau dont la vascularisation est terminale.

CHAPITRE III

DESCRIPTION CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE

C'est le plus souvent une découverte radiologique. Dans de nombreux cas, l'ostéochondrite post-réductionnelle n'entraîne pas de manifestations fonctionnelles ou physiques avant de longues années.

Dans les cas graves cependant, on est frappé, dès l'ablation du plâtre, par la raideur que n'explique aucune autre cause. On peut trouver à l'examen une saillie antérieure de la tête que l'on palpe en avant.

Cette saillie antérieure de la tête est un signe à rechercher au cours des ostéochondrites.

Les altérations radiologiques qui caractérisent l'ostéochondrite sont des plus diverses ; leur évolution est imprévisible et peut aboutir à la disparition complète du noyau de la tête fémorale avec altérations du col.

Il est à l'opposé des formes bénignes, discrètes.

La régénération de la tête est possible, mais elle reste le plus souvent déformée, hypertrophiée et tomentueuse. L'incongruence articulaire qui en résulte, entraînera des subluxations résiduelles et l'arthrose juvénile.

La surveillance radiologique permet de dépister l'ostéochondrite, qui apparait, en général, trois à six mois après la réduction.

Il est fréquent d'observer après réduction et immobilisation, une légère ostéoporose sans signification pathologique, qui disparait rapidement sans laisser de séquelles.

On recherche une transparence accrue de l'articulation luxée, des modifications du noyau céphalique qui devient irrégulier pommelé, peut se fragmenter et s'opacifier.

Dans les formes légères, il n'y a pas de modifications importantes de la tête fémorale.

Dans les formes de gravité moyenne, les plus fréquentes une densification totale ou partielle du noyau constitue le premier signe : le noyau se fragmente ensuite et prend un aspect tigré. Des géodes peuvent apparaître et au maximum on assite à la lyse complète du noyau céphalique.

PUTTI distingue trois types d'ostéochondrite de gravité croissante :

- pycnose du noyau céphalique
- lacunes dans le noyau
- dégénérescence cellulaire du noyau.

TRUETA répartit ses cas d'ostéochondrite en trois groupes :

Premier groupe : ostéoporose précoce de la tête fémorale débutant au niveau de l'épiphyse et gagnant le col. La raréfaction osseuse prédomine à proximité du cartilage épiphysaire. Dans les cas graves apparaissent des géodes.

Deux évolutions sont possibles : soit la recalcification rapide et au maximum, la restitution intégrale de la tête fémorale.

Soit, au contraire, l'applatissement de l'épiphyse.

Le col est souvent élargi, avec ou sans altération des angles d'inclinaison et d'antéversion.

Deuxième groupe : L'ostéoporose, minime au début, peut s'aggraver progressivement, surtout au niveau du noyau épiphysaire.

Mais surtout, on constate au niveau de la tête des modifications interprêtées par l'auteur comme étant la conséquence de la pression exercée sur l'épiphyse :

- dentelures,
- élargissement tangentiel de la tête.

La recalcification débute à la tête. Celle-ci peut rester définitivement déformée.

Troisième groupe : Certains cas d'ostéochondrite évoquent la maladie de LEGG-PERTHES. Le premier signe peut être une augmentation de la densité de la tête ou une réabsorption de la tête et du col.

La fragmentation ultérieure de l'épiphyse, évoque la réabsorption de la maladie de LEGG-PERTHES.

On peut voir également des pseudo-géodes du col et de l'acétabulum.

La recalcification commence à la périphérie de l'épiphyse et gagne le centre.

Quel que soit l'ensemble des lésions présentées au cours d'une ostéochondrite, il est rare de constater une reconstitution intégrale de la tête fémorale. Des séquelles subsistent le plus souvent:

Modifications de taille : tête petite ou au contraite hypertrophique, déformation en champignon ou en tampon de wagon.

Modifications de forme : des plus diverses : tête asymétrique, cubique, aplatie, etc ...

Ces séquelles compromettent gravement l'avenir fonctionnel de la hanche, l'ostéochondrite, préparant la survenue d'une arthrose juvénile.

En fait, toutes les formes d'ostéochondrite post-réductionnelle peuvent se voir. Depuis les formes minimes qui ne se traduisent que par une irrégularité transitoire de la texture du noyau. Celles-ci correspondent à des croissances difficiles du noyau sans conséquences ultérieures sur sa forme définitive ni sur son centrage. Elles correspondent à des aspects transitoires que nous avons pu observer(-Obs. N° 2, II, I5, 2I, 22, 3I).

Certaines formes kystiques auraient un pronostic incertain. Nous en avons observé un cas malheureusement trop récent pour parler de l'avenir, mais dans lequel la forme générale du noyau et l'excellent centrage nous permettent d'être optimiste sur l'évolution ultérieure (cf obs. N° 37).

"Au maximum, on assiste à la disparition presque totale et définitive du noyau de la tête ; il ne reste alors qu'un moignon du col qui ne tarde pas à s'excentrer dans la cavité cotyloïde. Dans toutes les formes d'une certaine gravité la partie interne du col, c'est à dire la métaphyse, participe à ce processus et laisse un col évasé aussi bien de haut en bas que d'avant en arrière.

Chez les enfants de 4 à 5 ans, les modifications de la tête, qui sont moins fréquentes, sont plus lentes et se font dans le sens d'un tassement progressif sans être précédées de ces curieuses modifications structurales du noyau.

Finalement, c'est l'aspect de la tête au terme de ce processus d'ostéochondrite qui nous intéresse pour l'avenir de la hanche " (MEARY-GOURDON).

Telles sont les possibilités évolutives de l'ostéochondrite post-réductionnelles, sa fréquence et sa gravité ne sont plus à démontrer. Or, le fait de découvrir une ostéochondrite, ne permet pas d'en fixer l'évolution qui est strictement imprévisible, mais implique des mesures thérapeutiques sévères.

Il faut logiquement supprimer toute charge sur la hanche pendant toute l'évolution.

Le diagnostic d'ostéochondrite implique une décubitus strict d'au moins deux ans.

CHAPITRE IV

ETUDE des CAUSES de L'OSTEOCHONDRITE

Déductions Thérapeutiques

L'ostéochondrite est une complication de la réduction et non une complication de la luxation.

C'est ainsi que plusieurs auteurs ont signalé des cas d'ostéochondrites sur hanche saine. TRUETA, en particulier, signale deux cas d'ostéochondrite survenus sur la hanche saine de sujets traités pour une luxation unilatérale, qui avaient été immobilisés par un plâtre bilatéral après réduction du côté atteint.

Etant donné la vulnérabilité de vascularisation de la tête fémorale chez l'enfant, toute cause susceptible de perturber cette vascularisation pourra déclencher le processus ostéochondritique.

Il existe une parenté entre l'ostéochondrite et la méthode de traitement, entre l'ostéochondrite et le type de la luxation, entre l'ostéochondrite et l'âge du sujet.

La méthode orthopédique classique, se propose de réduire la luxation par des manoeuvres externes, pratiquées d'emblée, sans temps préparatoire et de maintenir cette réduction par un plâtre approprié.

L'abaissement de la tête du fémur pratiquée d'une façon rapide, sous anesthésie générale, est une manoeuvre de force et provoque une élongation du tronc d'origine de l'artère céphalique.

Ainsi, le nombre des ostéochondrites augmente avec la hauteur de la luxation.

Pour maintenir la réduction et assurer un bon centrage de la tête il est classique d'immobiliser la hanche réduite par un plâtre en position de Loraiz avec :

- une flexion = nulle
- une abduction à 90°
- rotation externe 90°

C'est la classique position de la grenouille. Cette position déjà antiphysiologique est souvent remplacée, sinon d'emblée, du moins ultérieurement par la position de Lange :

- abduction : 45 °
- rotation interne maxima : 50°

Ou par une position analogue utilisant les effets de la rotation interne.

Cette mise en rotation interne a été rendue nécessaire par la fréquence de l'antéversion constatée sur les hanches luxées.

Elle crée une torsion de la capsule et avec elle, de l'artère capsulaire postérieure qui, rappelons-le, est à cet âge la seule voie de vascularisation de la tête. C'est pourquoi, le nombre des ostéochondrites augmente d'une manière considérable avec la mise en rotation interne. L'ostéochondrite peut apparaître en particuler, du côté opposé de la luxation.

Lorsque l'articulation de la hanche est mise dans cette position d'abduction-rotation interne, TRUETA a constaté l'impossibilité de pratiquer l'injection de la tête fémorale par l'artère circonflexe.

Chez les enfants mis d'emblée en Abduction-rotation interne, le pourcentage des ostéochondrites est très élevé.

La pression exercée sur la tête fémorale est une autre cause d'ostéochondrite.

La tête fémorale de l'enfant est presque entièrement cartilagineuse et par conséquent très fragile.

Lors de la réduction, il faut forcer la résistance des muscles rétractés et vaincre ensuite les obstacles intra-articulaires. Cette pression est un élément essentiel de la réduction orthopédique classique, comme l'a montré SEVERIN par des radiographies successives qui montrent le laminage progressif des obstacles intra-articulaires et la pénétration de la tête dans le cotyle.

Lorsque la réduction se fait facilement sans effort, comme c'est le cas pour les luxations basses, l'immobilisation en abduction-rotation interne jointe à l'action des muscles plaquant la tête contre le cotyle favorisent l'ostéochondrite.

A côté des cas où la pression est manifestement en cause, il en est de nombreux où elle détermine seulement une déformation locale. L'ostéochondrite se manifeste pourtant, car les vaisseaux ont été altérés pendant la réduction ou l'immobilisation. La capsule subit une tension extrême qui détériore la nutrition de la tête fémorale.

Les conséquences du traitement orthopédique classique ont amené certains auteurs à l'alternative suivante : soit réduire et immobiliser en abduction rotation interne, avec un gros risque d'ostéochondrite ; soit adopter l'immobilisation en position intermédiaire et limiter au maximum la pression intra-articulaire par l'extension continue préalable avec les risques importants de défaut de centrage que comporte cette méthode.

Mais le défaut de centrage et l'ostéochondrite étant les causes fréquentes de coxarthroses de l'adulte, le dilemne semblait d'autant moins résolu que la mise en position intermédiaire n'élimine pas totalement l'ostéochondrite.

Les échecs du traitement orthopédique classique ont incité nombre d'auteurs à pratiquer la réduction sanglante. A la suite des travaux de LEVEUF et BERTRAND, l'indication opératoire, posée sur les données de l'arthrographie permet de lever les obstacles possibles à la réduction.

Cependant, le nombre des ostéochondrites n'a pas diminué pour autant.

L'intervention elle-même peut être en cause. L'acte opératoire peut léser les vaisseaux, aussi faudra-t-il respecter au maximum le cercle des circonflexes et le feuillet synovial qui recouvre les vaisseaux entre l'insertion de la capsule et le cartilage céphalique. La section de la capsule sera semi-circulaire parallèle au bord d'insertion cotyloïdien et le plus près possible de lui.

La réduction sanglante est une réduction forcée et la mise en tension est la même que lors de la réduction orthopédique.

Par ailleurs, la réduction sanglante ne met pas à l'abri des inconvénients de la mise en abduction rotation interne indispensable pour obtenir un bon centrage.

En fait, la réduction sanglante n'est pour la plupart des auteurs, qu'une arthrotomie nécessitée par la présence d'obstacles intra-articulaires objectivés par l'arthrographie.

Le problème de l'ostéochondrite n'est pas résolu par le fait que l'on intervienne ou non.

Il est nécessaire d'obtenir une réduction aussi parfaite que possible avec un centrage aussi précis que possible. Ce centrage est conditionné par les axes du col. Or, l'antéversion constatée habituellement nécessite pour en corriger les effets, l'immobilisation en rotation interne, cause essentielle d'ostéochondrite.

Ainsi, le pourcentage des ostéochondrites post-réductionnelles est à peu près le même après réduction orthopédique classique qu'après réduction sanglante, c'est-à-dire : 50 à 70 % des cas.

Le nombre des ostéochondrites croît avec la mise en abduction-rotation interne.

le pourcentage des ostéochondrites croît avec la hauteur de la luxation.

La proportion des ostéochondrites augmente avec la bilatéralité des lésions.

Dans les subluxations : le pourcentage d'ostéochondrite est le même avec toutefois une diminution des formes graves.

Enfin, selon SOMMERVILLE, une dernière cause d'ostéochondrite : le gros limbus retourné venant comprimer et léser l'artère capsulaire postérieure.

En fait, notre expérience nous permet, semble-t-il, d'affirmer qu'il n'en est rien.

Dans les observations : 3I, 35, 38, 4I, 43, un gros limbus a été mis en évidence par l'arthrographie ; cependant, une bonne pénétration de la tête et une stabilité satisfaisante nous a permis de ne pas pratiquer d'arthrotomie. Il n'y a pas eu d'ostéochondrite secondaire.

Il se dégage de ces considérations que l'ostéochondrite est provoquée par deux causes essentielles qui sont les éléments fondamentaux de la méthode de réduction :

I°) La mise en tension des éléments périarticulaires provoquant une pression anormale de la tête.

2°) La position en abduction rotation interne.

Ces deux problèmes peuvent être résolus par les méthodes nouvelles de traitement de la luxation de la hanche basée sur :

- la réduction lente et,
- l'ostéotomie de dérotation systématique.

CHAPITRE V

EXPOSE de la METHODE

Il y a dans la luxation de la hanche trois éléments malformatifs essentiels :

- le cotyle plat,
- le col desaxé
- la perte des rapports : tête - cotyle.

Si l'on rétablit les rapports normaux, tête-cotyle, avec une axation normale du col, le cotyle se développera secondairement et retrouvera un creux normal ; ceci par le simple fait de l'action des pressions sur la croissance des os.

Ce postulat est vérifié par les faits et de nombreuses expériences. Il est conforme aux travaux de PAUWELS qui sont la base des conceptions modernes sur la pathologie mécanique de la hanche.

Mais il est essentiel d'obtenir ce résultat en évitant l'ostéochondrite. C'est le point difficile du problème.

LA METHODE

Trois temps essentiels :

I°) la réduction lente,
2°) l'immobilisation plâtrée avec ou sans arthrotomie.
3°) l'ostéotomie de dérotation systématique.

I° - LA REDUCTION LENTE

Du fait de l'antéversion du col, on ne peut obtenir de bon centrage sans position en abduction-rotation interne. Celle-ci est obtenue progressivement en un mois et même davantage.

Nous utilisons pour la réduction lente, une attelle spéciale préconisée par SOMMERVILLE et SCOTT. Une traction selon l'axe évite la tension musculaire.

De cette façon, le système vasculaire s'habitue à la torsion, la vascularisation n'est jamais interrompue.

Lorsque cette mise en abduction-rotation interne est insuffisante pour assurer la réduction, ce traitement est complété par une légère traction (500 grammes) exercée à la base de la cuisse, perpendiculairement à l'axe du membre. Nous n'avons jamais observé d'échecs de cette méthode.

Ce traitement nécessite des soins quotidiens et délicats. C'est pourquoi nous avons considéré l'hospitalisation de l'enfant comme nécessaire.

2° - L'IMMOBILISATION PLATREE avec ou sans ARTHROTOMIE.

Au terme de cette réduction approximative, il y a lieu de préciser la pénétration et le centrage.

La clinique apporte la stabilité de la hanche.

La radiographie simple confirme la bonne ou mauvaise pénétration.

L'arthrographie précise ces notions en montrant l'obstacle éventuel :

- gros limbus (cf n° 6, I2, 23, 3I, 35, 36, 38, 42)

- ligament rond (cf n° 6, 25, 28,)

- obstacle capsulaire intérieur (n° 28, 32) ou la bonne pénétration (cf n° 2, 20, 24, 37, 40, 47).

S'il est nécessaire, une arthrotomie permet de lever l'obstacle.

Les conditions techniques de cette arthrotomie seront faites selon les principes déjà énoncées. La voie d'abord large, permettant de bien voir et de bien libérer, évitera au maximum de léser le système vasculaire de la tête.

Qu'il y ait ou non une arthrotomie, l'enfant est platré en abduction-rotation interne après vérification radiologique du centrage, pour obtenir une position stable par rétraction de la capsule.

Le plâtre est maintenu un à trois mois selon qu'il y a eu ou non une arthrotomie.

3° - L'OSTEOTOMIE de DEROTATION

La loi des pressions doit entrer en jeu pour obtenir le développement du cotyle. Il faut que l'enfant marche rapidement.

Une ostéotomie sous trochantérienne de dérotation et au besoin de varisation, permet alors de corriger les axes, et de mettre les membres inférieurs en position anatomique.

Il est essentiel avant de pratiquer cette correction de mesurer exactement les angles d'inclinaison et d'antéversion. La correction, en effet, ne sera faite que dans la mesure de l'anomalie de ces angles.

Une radiographie simple ne peut donner qu'une projection sur un plan, donc une mesure fausse, car il y a deux plans différents des axes.

On mesure donc d'une part l'inclinaison projetée (bassin de face, rotules au zénith). D'autre part, l'antéversion projetée (par une position choisie arbitrairement et fixée sur un appareil).

Un tableau permet de lire = l'inclinaison réelle et l'antéversion réelle.

L'intervention corrigera ces axes par des mesures précises repérées par des broches et mesurées au rapporteur.

L'enfant est plâtré en position anatomique pendant la durée de consolidation (un mois et demi).

Il marchera au plus tard, cinq mois, après le début du traitement.

Nous avons tendance, actuellement, à maintenir encore quelques mois les membres inférieurs en abduction-rotation indifférente par une attelle de nuit.

CHAPITRE VI

R E S U L T A T S

Notre étude porte sur 47 observations. Le début du traitement remontant au maximum à cinq ans. Par conséquent, le recul est trop peu important pour prétendre établir un bilan. Cependant, nos premières impressions, nos difficultés de mise au point et aussi l'étude de nos échecs nous ont amené à penser que cette méthode marque un énorme pas en avant dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche.

Ces 47 observations représentent un total de 70 hanches luxées ou sub-luxées, réparties de la façon suivante :

- Luxations bilatérales 23
- Luxations unilatérales (droite ou gauche) II
- sub-luxation unilatérale (droite ou gauche) 2
- sub-luxation bilatérale I
- association luxation d'un côté, sub-luxation de l'autre ..... IO

Nos mauvais résultats sont instructifs car traduisant les difficultés de mise au point du début :

I°) Dans deux cas (observation n° I2 et n° I5) nous avons voulu réaliser dans le même temps opératoire l'arthrotomie et l'ostéotomie de dérotation. Ces deux enfants ont eu des raideurs post-opératoires et, un des deux cas (n° I2) a eu une ostéochondrite de gravité moyenne. C'est d'ailleurs, le seul cas de la statistique.

L'autre (observation n° I5) a une bonne mobilité ; sa tête a un peu souffert, faisant craindre pendant un certain temps l'installation d'une véritable ostéochondrite. En fait, actuellement, la hanche est souple et la radiographie précise l'existence d'un noyau normal et bien centré.

2°) Dans un certain nombre de cas, au début de notre étude, nous avons utilisé la méthode de SOMMERVILLE et enlevé le limbus par une voie d'abord étroite (observations n° 3, 4, 5, 9, II,).

Mais cette ablation systèmatique nous est apparue soit inutile,(car dans les autres cas où le limbus n'a pas été enlevé, il n'y a pas eu d'ostéochondrite = observations n° 3I, 35 42, 43, 46,) ; soit insuffisante, car le limbus n'est pas tout et il peut y avoir d'autres causes d'interposition (ligament rond, obs. n° 6, 25-28) (obstacle capsulaire inférieur n° 28, 32).

Dans le cas n° 9, il a fallu intervenir pour inciser le repli capsulaire inférieur et sectionner le ligament rond.

Dans le cas n° II la réduction a été faite par voie antérieure, insuffisante. On a laissé un fragment postérieur de limbus interposé. L'obstacle capsulaire inférieur n'a pas été levé. Là aussi, l'enfant a été réopéré. Les obstacles ont été levé . Mais le centrage reste insuffisant.

Mis à part ces quatre cas, dont un seul d'ostéochondrite de gravité moyenne, toutes nos autres observations montrent des résultats que nous considérons comme très prometteurs car réalisant une articulation proche de la normale ; tant pour l'aspect du noyau de la tête que pour le centrage.

Dans un certain nombre de cas cependant, des altérations minimes du noyau ont pu être observées dans l'évolution post-thérapeutique.

On peut considérer qu'il s'agit de formes évolutives de croissance, sans doute anormale, mais dans tous les cas, très rapidement l'aspect radiographique est redevenu celui d'un noyau normal dans sa forme et sa texture. Parallèlement, l'étude clinique de ces hanches n'a pas montré d'altération.

Dans un seul cas, enfin, nous avons observé à l'état isolé une géode dans un noyau qui, par ailleurs, a une forme et une texture normales, alors que rien cliniquement n'attire l'attention sur cette hanche. Ce cas est malheureusement trop récent pour que nous puissions indiquer l'évolution ultérieure.

Nous avons tenté d'étudier s'il y avait un rapport entre les troubles de croissance du noyau et le fait de l'existence ou non d'un noyau radiologique avant le traitement. Il ne semble pas y avoir de parallèlisme entre ces faits et le développement ultérieur du noyau.

OBSERVATION n° I

Nom : N ..... Chantal
Age : née le 5.I2.56

Type de luxation : luxation bilatérale.

Radio : 30.IO.57 : noyaux céphaliques présents et d'aspect normal.

Arthrographie : 29.IO.57
à gauche : tête loin du fond du cotyle
limbus refoulé
ébauche de chambre céphalique
à droite : subluxation, se recentre bien et pénêtre.

Mesure d'antéversion droit § 65 °
gauche §

Conclusion : Mise en traction une dizaine de jours suivie d'une réduction sanglante à gauche.

Intervention 8.II.57 : Réduction sanglante à gauche
Ligament rond volumineux : incisé
Repli capsulaire inférieur : incisé
LIMBUS (refoulé et accolé au cotyle) :
libéré et enlevé.
Forte antéversion.

Plâtre :
abduction 60°
rotation interne 30°
flexion 90°

Janvier I958 : côté opéré déplâtré et mis en attelle § 48 § 20 § 20

Le I9.2.58 : les deux côtés déplâtrés = Attelles d'Abd :
écart. total 90°
R.I. 45°

Radio : état de noyau satisfaisant.

Ostéotomie de dérotation : le I7.6.58 à droite
le I5.7.58 à gauche

Contrôle radiologique le I8.IO.58 : toits abaissés, bon centrage, noyaux normaux.

Radio I6.7.60 : les toits sont bien abaissés
centrage satisfaisant
les noyaux se sont bien développés et d'aspect normal.

Evolution ultérieure : IO.2.62 : la radio confirme le bon résultat déjà enregistré le I6.7.60.

OBSERVATION n° 2

Nom : C ..... Annick
Age : née le I8.2.55
Type de luxation : luxation bilatérale.

Radio : luxation bilatérale, noyaux présents, plus petit à gauche qu'à droite.

Mise en traction, un mois, 3 kgs.

Réduction orthopédique, 25.IO.I957 §à droite : facile avec un ressaut.
§à gauche : facile avec ressaut ;
§ stabilité moins bonne.

Arthrographie : à droite : excellente pénétration.
à gauche : très bonne pénétration.

Mesure d'antéversion : droite § 60°
gauche

Conclusion : plâtre.

Plâtre : abduction 60°
rotation interne 20°
flexion 80 à 90°

26.2.58 : déplâtrée - attelles d'abduction : écart total 90°
R.I. 30°

Ostéotomie de dérotation : bilatérale le I6.4.58

Déplâtrée le 28.5.58, doit marcher dans I5 jours.

Evolution ultérieure : 9.8.58 - radio : bon centrage
légère ostéochondrite à gauche - le noyau est irrégulier et imprécis, l'aspect est celui d'un noyau tigré.

7.3.59 : marche bien - boiterie imperceptible.

4.7.59 : radio : bon centrage - toit s'abaisse bien.

22.7.6I : tête mieux centrée
pas d'ostéochondrite

OBSERVATION n° 3

Nom : T ..... Martine
Age : 2 ans et I/2

Type de luxation : luxation bilatérale

Radio : le I8.7.57. Luxation bilatérale avec présence des deux côtés du noyau céphalique. Le noyau à gauche étant plus petit que le droit mais régulier et arrondi comme lui.

Mise en traction : cinq semaines.

Arthrographie le 27.9.57 § à droite : tête basse, s'engageant sous le limbus. pas de chambre céphalique déshabitée au-dessus de la tête (retournement du limbus)
§ à gauche : limbus interposé.

Mesure d'antéversion droite 20°
gauche 45°

Conclusion : plâtre unilatéral droit.
réduction sanglante ultérieure (retardée par une infection intercurrente.)

Intervention le 27.II.57 : Ligament rond étiré.
gros limbus refoulé - ablation totale - la tête réintégrée avec mise en tension des parties molles d'où section du repli capsulaire inférieur.

Plâtre

abduction	60°	à gauche et à droite §	60°
rotation interne	20 à 30°		§ 30°
flexion	80°		§ 90°

En Mars I958 : ablation du plâtre et mise en attelles :
écart total : 90°
R.I. : 30°

Radio, le 26.3.58 : hanches bien abaissées, bon centrage, toits peu développés - hanches raides noyau régulier arrondi.

Marche : début de la marche le 2I.5.58 avec rotation interne.

radio : reluxation à gauche ?

Evolution ultérieure : I3.6.58 - mesure d'antéversion § G. 45° D. 20°

4.9.58 - centrage assez bon

IO.4.58 - bon centrage
tête abaissée
noyaux bien développés normaux.

IO.2.59 - tête bien centrée

IO.6.60 - bonnes radios de face - bon centrage
noyaux normaux.

OBSERVATION n° 4

Nom : C ..... Joël
Age : I9 mois.

L'enfant a-t-il marché ? Oui
A quel âge ? I7 mois.

Type de luxation : luxation bilatérale.

Radio : 5.I2.57 : Luxation bilatérale de hanche - noyaux présents, arrondis de taille normale pour l'âge de l'enfant.

Mise en attelles de Sommerville le 2I.I2.57 . Abduction progressive jusqu'à 70°

Contrôle radiologique : à droite tête bien centrée
à gauche pas de réduction d'où cross-pulL.

Arthrographie : Janvier I958 - à droite : excellente réduction, bonne pénétration de la tête.
à gauche : limbus interposé
pénétration moins bonne
centrage : non satisfaisant.

Mesure d'antéversion : droite 60°
gauche 80 °

Conclusion : ablation du limbus à gauche décidée

Intervention : ablation du limbus dans sa totalité, par voie d'abord étroite de Sommerville.

Plâtre bilatéral	Abduction	45° §	§ 45°
	Rotation interne	60° § à gauche et à droite	§ 45°
	Extension	IO° §	§ IO°

I9.2.58 : changement de plâtre : R.I. § 90° à gauche
§ 80° à droite

Ostéotomie de dérotation, le 6 Mars I958 : à droite 80°
à gauche 80°

Plâtre : rotule au zénith
écart total de 60°

Déplatré le 23.4.58

29.5.58 - à droite : crosse antéro-externe avec raccourcissement
on peut mettre la rotule au zénith.
à gauche : manque 45 ° de R.I.

ablation des plaques.

Radio : à gauche : - IO et à droite : O° d'antéversion scopique.

Radio le I4.8.58 : I° - hanches bien centrées
2° - bonne consolidation de l'ostéotomie
3° - à droite : noyau céphalique un peu plus petit (non fragmenté).

Marche : 8.5.59 - légère boiterie à droite
légère rotation externe
I cm de raccourcissement à droite
Abduction 30° - R.E. 60° - R.I. = O
Tête plus rentrante à gauche qu'à droite
Noyaux réguliers non fragmentés de densité normale
Pas d'ostéochondrite.

OBSERVATION n° 5

Nom : M ..... Monique
Age : 3 ans

L'enfant a-t-il marché ? oui, marche en se dandinant.

Type de luxation : luxation bilatérale.

Radio le I8.I.58. - Luxation bilatérale, noyaux présents, bien développés de densité homogène, aux limites régulières.

Mise en attelle de Sommerville en Avril I958.
8 jours en position O - abduction progressive, d'un cran de chaque côté tous les deux jours, alternativement jusqu'à 90°.

Contrôle radiologique : tête en place, mais à gauche, tête moins bien abaissée qu'à droite d'où cross-pull d'un kilog pendant 8 jours, à gauche : traction relachée ensuite.

Arthrographie : à gauche : bonne présentation sans interposition peut-être un limbus ou un repli C.S. ?
à droite : sensiblement identique.

Mesure d'antéversion : droite 38 °
gauche 50 °

Conclusion : enlever le limbus des deux côtés.

Intervention : à gauche : ablation du limbus
à droite : idem. (assez difficile) } voie étroite de Sommerville

Plâtre
abduction 60° d'écart total
rotation interne 50° à droite et 60° à gauche
flexion 20 à 30 °

30.4.58. - changement de plâtre - écart total 90°
R.I. droite : 70°
gauche : 80°

Ostéotomie de dérotation : I5.5.58 - bilatérale
40° à droite - 50° à gauche.

Contrôle radiologique : le 23.5.58 - satisfaisant
le I6.7.58 - toits abaissés - bon centrage noyaux normaux.

Marche : le 8.5.59 Pas de boiterie
radio satisfaisante.

OBSERVATION n° 6

Nom : H ..... Jean
Age : né le 2I.2.55
Type de luxation : bilatérale
Réduction orthopédique - ostéotomie
Radio I2 Octobre I956 : Luxation bilatérale - noyaux présents arrondis, densité homogène.
Mise en traction : trois semaines.

Mesure d'antéversion, le I3.II.56 droite 50 à 60 °
gauche 60 à 70°

Arthrographie : tête pénètre bien des deux côtés
limbus important
gros ligament rond

Cliniquement : la réduction se fait très facilement

Plâtre bilatéral : abduction 90°
flexion 30°

Radio le I7.I.57 - bonne position
8.2.57 - noyaux peu arrondis - volume normal - densité homogène.
23.5.57 - idem.
29.5.57 - abaissement du toit +
tête bien centrée
bons noyaux.

5.7.57 - hanches parfaitement mobiles
abduction 60° - flexion I5 °

I9.IO.57 - droite : bon centrage
gauche : légère excentration avec toit oblique.

Ostéotomie de dérotation le 25.3.58 :
droite : 50°
Gauche : 70°

Le 7.5.58 - état des noyaux satisfaisant.

Marche le I2.6.58.

Radio : bon centrage
bons toits
pas d'ostéochondrite.

Marche le I9.2.59 - marche bien
radio : normale.

OBSERVATION n° 7

Nom : S..... Patrick
Age : 2 ans et demi.

Type de luxation : sub-luxation unilatérale droite
Réduction orthopédique : ostéotomie
le 5.4.57. à droite : raccourcissement d'un centimètre
attitude en rotation externe
ressaut : absent.

Radio : sub-luxation unilatérale droite - noyaux présents de volume et de forme normaux.

Mesure d'antéversion : droite 70°
gauche 65 - 70°

Radio : bon centrage, tête

Arthrographie : subluxation

Plâtre : unilatéral droit : Abduction 60°
Flexion 90°
Rotation diminuée de IO°

le 27.4.57 - compte rendu opératoire sous anesthésie
Abduction 60°
Flexion 80°
Rotation diminuée de 30°

Le 29.5.57 - Abduction 60°
Flexion 90°
Rotation C. IO° à - 20°

Le I9.I2.57 - hanches mobiles
antéversion de 80° des deux côtés.
mauvais centrage

noyaux ovalaires des deux côtés, aux bords réguliers
A noter un noyau à droite un peu plus petit que le gauche.

Ostéotomie : II.3.58 - 70°

Pelvi-pédieux 45 jours
30.5.58 - marche avec boiterie

Radio : bon centrage - noyaux normaux

I9.9.58 bon centrage
le toit s'abaisse
2I.9.60 - marche sans boiterie

Radio - bon centrage à droite
à gauche : coxa-valga
Pas d'ostéochondrite.

OBSERVATION n° 8

Nom : M ..... Sophie
Age : 2 ans

Type de luxation : luxation hanche gauche
Traitement : réduction orthopédique : ostéotomie.

29.4.57 : luxation unilatérale gauche - noyau à gauche tout petit par rapport au droit arrondi.

Traction : 2 kgs 500 - 3 semaines

I6.8.57 malade IO jours

Réduction simple par mise en abduction - ressaut mou.

Arthrographie, le I6.8.57

I°) cliché en position de réduction
2°) cliché en position de mesure d'antéversion
3°) position rotule au zénith en abandonnant la réduction.

Tête pénètre bien sous le limbus et abaissée, mais limbus refoulé en dedans.

Plâtre : abduction 60° §
flexion 90° § 3 à 4 mois
R. diminuée 20° § puis attelles

le 25.9.57 - bon centrage - - le noyau à gauche s'est développé - sa taille étant identique presque à celle du noyau droit.

le I3.I2.57 - sortie du plâtre
hanche indolente
tête bien centrée.
Attelles : abduction 30 °
R.I. augmentée tous les 8 jours

Mars I958 - rotation interne 80°
antéversion 50° de chaque côté.

I4.3.58 - Ostéotomie de dérotation : dérotation de 50° à 60°

Radio : 30.4.58 - satisfaisante

Radio : 6.9.60 - bon centrage
noyau normal
toit abaissé

Marche : mauvaise (spasticité)

OBSERVATION n° 9

Nom : M ..... Colette
Age : I6 mois et demi.

Retard à la marche - défaut d'abduction - pas de signe du ressaut.

Type de luxation : luxation hanche gauche
sub-luxation droite

Radio : noyaux présents plus petits à gauche qu'à droite.

Traitement : réduction lente

II.3.58 - mise sur cadre d'abduction progressivement. Après 8 jours laissée sous traction.

Radio : réduction à droite
pas à gauche

Traction en "cross-pull" (abduction 80° bilatéral)

I5.3.58 - radio : réduction des deux côtés, on laisse le cross-pull.

25.3.58 - Intervention

Arthrographie : droite : tête pénètre largement sous le limbus.
gauche : bonne pénétration sous le limbus mais celui-ci ne recouvre pas complètement la tête.

Décision : ablation du limbus à gauche ; ablation faite à minima, type Sommerville.

Antéversion : 90 ° à gauche
70° à droite

Plâtre bilatéral ; abduction 60°
flexion 0
rotation interne 45°

7.5.58 - Ostéotomie bilatérale
gauche 70 à 80°
droite 70°

II.5.58 - Déplâtrée - mauvais centrage à gauche.

Arthrographie - I7.I.59
à gauche
§ excentration
§ défaut de pénétration et d'abaissement de
§ la tête

22.5.59 - Intervention : pas de limbus
on incise le repli capsulaire inférieur,
section d'un petit ligament rond.

La pénétration semble satisfaisante.

Octobre I959 : légère boiterie à gauche.

Plâtre le 7.9.60 - abduction 40° - rotation interne 20°

20.I2.60 - déplâtrée.

Radio : centrage amélioré
le noyau reste normal

3I.I.60 - commence à marcher.

OBSERVATION n° IO

Nom R..... Michèle
Age : 3 mois

Type de luxation : luxation hanche gauche, noyau présent
malformation du genou gauche

Traitement : Sommerville

Fin Janvier 58 - mise sur cadre d'abduction progressivement 80°
2I.2.58 - pas d'abduction d'où "cross-pull"
I5.3.58 - réduction complète
25.3.58 - arthrographie gauche
tête bien engagée sous le limbus, mais rotation interne.
aspect de goutte du bord inférieur du limbus.

Décision : enlever le limbus
Antéversion : droite 40° - gauche 70°
Intervention : ablation du limbus
Plâtre : rotation interne 70° - écart total 90° - flexion 20°
22.4.58 - ostéotomie de dérotation 80°
II.6.58 - déplâtrée -bon centrage - noyaux normaux.
8.5.59 - toit abaissé, bon centrage - noyau bien développé de forme régulière et de densité homogène.

OBSERVATION n° II

Nom C ..... Catherine
Age : 2I mois
Type de luxation : luxation unilatérale gauche.
Radio le I3.5.58 - Luxation unilatérale gauche - noyau normal à droite - à gauche noyau, petit, ovalaire, non fragmenté.

Traitement : Sommerville / R.S.

2I.5.58 - mise sur attelle de Sommerville
29.6.58 - tête face au cotyle mais loin (confirmé par radio)
cross-pull I kg
4.7.58 - arthrographie : pénétration insuffisante.

antéversion : droite 30°
gauche 60°

Intervention : voie d'abord étroite de Sommerville, gros limbus retiré, mais la tête rentre mal et en rotation interne, instable.

Plâtre : abduction 45°
rotation interne 70°
flexion 0
I6.7.58 radio : tête assez loin du fond
29.8.58 - ostéotomie de dérotation interne 60°
plâtre pelvi-pédieux: abduction 60°
pour deux mois : flexion 90°
: rotation correspondante

29.I0.58 - déplâtrée - bon aspect
29.I2.58 - marche depuis 8 jours
radio - le noyau à gauche est homogène, ses limites sont régulières cependant reste plus petit que le noyau de droite.

9.I.59 - arthrographie : il y a un amas de substances dans l'arrière fond.

I2.I.59 - intervention : a) comblement de la partie basse de l'arrière cotyle étroit fond et une interposition du repli capsulaire inférieur.
b) le tiers postérieur du limbus n'avait pas été enlevé.

On obtient une pénétration satisfaisante.

Plâtre - abduction 30 à 40° - flexion 80° - rotation indifférente.
I6.4.59 - faire marcher
radio : peu satisfaisante
2I.5.59 - radio : bon centrage - noyau à gauche s'est développé mais présente un aspect un peu irrégulier, densité non homogène.
IO.I2.59 - marche sans boiterie
le toit ne s'abaisse pas - le noyau s'est peu développé.
23.6.60 - radio : centrage nettement amélioré
5.7.6I - bon centrage - noyaux céphaliques absolument normaux.

OBSERVATION n° I2

Nom : M ..... Marie-Thèrèse
Age : 22 mois
L'enfant - a-t-il marché ? oui
A quel âge : 20 mois
Type de luxation : luxation de la hanche gauche - subluxation à droite.
Date du Ier examen : 6.II.58 - boiterie de la hanche gauche - défaut d'abduction - saillie du trochanter - raccourcissement.

Radio : luxation gauche - sub luxation à droite - toit oblique - absence de noyaux.
Mise en attelle de Sommerville le 24.II.58
3.I.59 - radio de contrôle : les hanches descendent, mais restent assez loin du fond du cotyle, noyaux toujours absents.

le I6.I.59 - arthrographie à gauche : nette interposition limbique la tête ne rentre pas.
à droite : il s'agit d'une sub-luxation la tête pénétre bien.

Indication thérapeutique : réduction sanglante avec dérotation dans le même temps, à gauche.

Intervention : le I9.I.59 - on résèque un gros limbus ; le ligament rond était rompu et du fond de la surface quadrilative on retire les vestiges restants qui sont assez volumineux. On excise le repli capsulaire inférieur qui empêche la tête de s'abaisser. On fait une ostéotomie de 35°.

Plâtre à gauche : abduction 45 °
flexion IO à 20 °
rotation indifférente
et à droite : abduction quelques °
flexion légère
rotation interne 60°

Suites opératoires : hyperfébrile
6.2.59 - ostéotomie de dérotation à droite : 50°
II.3.59 - déplâtrée - garde à gauche une attitude enraidie en flexion. abduction.
I9.5.59 - raideur surtout à gauche, commence à marcher.

Radio : hanche droite un peu externe - apparition de noyaux minuscules aux limites irrégulières.
Le 2.9.59 - ablation des plaques.
importante raideur de la hanche.

radio : noyau céphalique gauche un peu fragmenté.
I8.II.59 - hanche bloquée - tête non palpable.
radio : ostéochondrite à gauche - noyau fragmenté un peu irrégulier, mais densité homogène.
à droite : défaut du noyau.
IO.6.60 - attitude vicieuse en flexion 30° - rotation interne de I5°, abduction bloquée - le noyau s'est développé à droite reste irrégulier et fragmenté à gauche.
8.I2.60 - même attitude
Conclusion : ostéochondrite à gauche.

OBSERVATION N° I3

Nom : G. ..... M. Thèrèse
Age : I4 mois
Type de la luxation : subluxation hanche gauche
Radio du 3.IO.58 - montre un noyau plus petit à gauche qu'à droite.

Ier examen : défaut d'abduction
Radio 7.II.58 - toit oblique - noyau plus petit à gauche - sub luxation de la hanche gauche.
Mise en attelle le 7.II.58

Contrôle radiologique : on a obtenu une bonne abduction en rotation interne.
Arthrographie le I9.I2.58.- subluxation bilatérale
Mesure d'antéversion 70° x 2
Décision : ostéotomie dans un mois. plâtre en rotation interne 80°; abduction légère et extension en attendant.
Intervention le 9.2.59 - ostéotomie de dérotation bilatérale, symétrique, dérotation de 70°
Plâtre : abduction légère
flexion +
Déplâtrée le I.4.59
Radio bonne consolidation - bonne position - pourrait commencer à marcher dans deux mois.
23.6.59 - ne marche pas, encore. Mais aspect normal, noyau gauche arrondi, régulier, densité homogène, mais plus petit qu'à droite.

Mouvements passifs :	abduction	30° x 2
	rotation interne	IO° à gauche O à droite
	rotation externe	60° x 2

Hanche droite palpable, seulement en hyperextension à gauche.
Contrôle radiologique le 4.9.59 - satisfaisant - bon centrage.

Evolution : marche : marche à partir du 9.II.59
radio : bon centrage - antéversion minime - pas d'ostéochondrite le 3.I.6I - marche bien - hanche droite palpable - mouvements très bons. Radio : toit abaissé- bon centrage - noyaux normaux.

OBSERVATION n° I4

Nom : M ..... Geneviève

Type de la luxation : luxation bilatérale des hanches
Ier examen : luxation bilatérale
radio : 25.9.58 - noyaux de taille normale aux limites régulières.
Mise en attelle d'abduction progressive - type Sommerville en 8.58
Contrôle radiologique : 25.9.58 - réduction obtenue
abduction à 80°
légère rotation interne
Arthrographie I4.IO.58 - à ce moment : enraidissement, (traction cessée pendant 8 jours) de chaque côté : la tête pénètre largement dans le cotyle presque entièrement sur le limbus (gros surtout à droite) existe une chambre céphalique au-dessus de la tête.

Mesure d'antéversion : 70° gauche
80° droite
Plâtre : abduction écart total 60°
rotation interne 60° de chaque côté
le 5.II.58 - nouveau plâtre sous anesthésie : rotation interne 80°
ostéotomie de dérotation 2I.II.58 : à droite 80°
à gauche 70°
2I.I.59 déplâtrée - radio : bonne consolidation
faire marcher
2I.4.59 - commence à marcher
radio : tête en place - noyaux normaux
28.IO 59 : marche bien seule
têtes non palpables
pas d'ostéochondrite
4.II.59 - toit abaissé - bon centrage - noyaux normaux.

OBSERVATION n° I5

Nom : C ..... J. Louis
Age : 3 ans
L'enfant a-t-il marché ? oui.
A quel âge ? 2 ans, avec boiterie de la hanche gauche
Type de la luxation : luxation unilatérale gauche.
Ier examen : I6.IO.58 - Luxation haute.
Radio : noyau ovalaire à gauche plus petit qu'à droite
Mise en attelle de Sommerville le 2I.IO.58
Contrôle radiologique le 3.I2.58 ; pas de réduction d'où cross-pull.
Arthrographie le 22.I2.58 - très nette incongruence - tête ne s'abaisse jamais complètement, impression d'une interposition dans l'arrière fond et dans le repli capsulaire inférieur probablement tête semble grosse.
Antéversion : 40° droite - 60° à gauche
Décision : faut-il faire une colonna d'emblée ?
réduction sanglante - résection du limbus pas très gros. résection du repli capsulaire inférieur très épais et les parties molles de l'arrière-fond (gros ligament rond possible non individualisé ?). La tête pénètre bien alors et s'abaisse (même de trop).
Ostéotomie de dérotation de 60°
Plâtre : grand plâtre pelvi-pédieux prenant le côté opposé en flexion et abduction légère.
2I.I.59 - hanche trop basse.
Plâtre en extension complète.
I8.3.59 - hanche très raide.
Radio bon centrage - noyau plus petit à gauche qu'à droite, aux limites légèrement floues, à l'aspect non homogène.
Contrôle radiologique le 9.5.59 - hanche raide, tête palpable à gauche.
Radio : noyau plus petit à gauche qu'à droite, texture irrégulière.

Evolution -marche : 30.9.59 - très grosse limitation des mouvements.
manque 30° de flexion
abduction 20 à 30°
rotation interne : nulle
rotation externe : 20 à 30°

Radio : le noyau semble se développer - aspect un peu pommelé
II.6.60 - ne boite plus - trochanter saillant - tête palpable.
Radio - noyau plus petit à gauche qu'à droite - à gauche, le noyau est ovalaire, mais ses limites sont régulières de même que sa texture.
Conclusion : ostéochondrite à minima sans conséquences secondaires importantes.

OBSERVATION n° I6

Nom : P ..... Philippe.
Age : 23 mois
Type de la luxation : luxation bilatérale haute
Ier examen : I7.I.59 - noyaux absents
Mise en attelle de Sommerville le I8.2.59
Contrôle radiologique le 29.3.59 - hanche non abaissé à droite d'où cross-pull.
Arthrographie le 24.4.59 = à droite, bonne pénétration de la tête sous le limbus.
à gauche, très nette interposition limbique.
Mesure d'antéversion : à gauche 55 ° - à droite 50°
Décision : intervention à gauche
Intervention le 29.4.59 - réduction sanglante à gauche - très gros limbus que l'on résèque - débris importants de parties molles et ligaments rond dans l'arrière fond. On sectionne le repli capsulaire inférieur. La tête pénètre très bien dans la cavité.

Plâtre bilatéral : abduction 60°
flexion IO°
rotation interne 70°

Ostéotomie de dérotation le 27.5.59 - à gauche 55° - à droite 50°
Plâtre pelvi-pédieux : rotule en zénith -écart total 30°
Radio de contrôle : bonne position de l'ostéotomie
Le 29.8.59 - ne marche pas - hanche gauche un peu raide
Radio : le noyau apparait à droite et à gauche sous l'aspect d'une ombre très petite aux limites irrégulières.
Le I5.IO.59 - se tient debout - hanches non palpables - un peu raides surtout à gauche.
Radio : hanche droite un peu haute - les noyaux se précisent à droite et à gauche.
4.II.59 - ablation des plaques.
5.I.60 - commence à marcher
radio - bon centrage - les toits ne s'abaissent pas - le noyau nettement visible à gauche, ovalaire à droite aux limites imprécises.
30.I.60 - marche pratiquement sans boiterie - périnée cassé.
I7.IO.60 - marche bien
radio - bon centrage - noyaux normaux - toits s'abaissent
28.8.6I - marche sans boiterie
radio : toits s'abaissent bien - bon centrage - noyaux normaux.

OBSERVATION n° I7

Nom : A ..... Michèle
Age : 3ans
L'enfant a-t-il marché ? Oui.
Type de la luxation : bilatérale
Ier examen : I4.I.59 - boiterie très nette des épaules.
Radio 23.I2.58 - luxation bilatérale - noyaux présents des deux côtés. Irréguliers de forme et de texture.

Mise en attelle le I5.I.59 (Sommerville)
Contrôle radiologique 28.2.59 - réduction bilatérale
Arthrographie : à droite tête pénétre largement sous le limbus
6.3.59 et s'abaisse bien - chambre céphalique au-dessus de la tête.
à gauche : la tête se reluxe, se remet en place facilement avec un ressaut. bonne pénétration.
Mesure d'antéversion : 52 ° à droite - 66° à gauche

Plâtre :
écart total	90°
flexion	30°
rotation interne	70°

le I3.4.59 - ostéotomie de dérotation bilatérale 65° x 2
20.5.59 - déplâtrée - radio : bon centrage
Pas marcher avant le I5 Juin.
I6.7.59 - commence à marcher - hanches un peu raides - noyaux normaux.
29.9.59 - légère boiterie bilatérale
hanche droite en rotation externe
hanche gauche en rotation interne
Contrôle radiologique : bassin de face : excellent centrage
Evolution : marche 9.I2.59 - ablation des plaques - toit abaissé noyaux normaux.
II.6.60 : marche en antéposition - boite à peine - trochanter saillant - noyaux normaux - pas d'ostéochondrite.

OBSERVATION n° I8

Nom : P . ... Michèle
Age : 2 ans
Type de la luxation : bilatérale haute
Ier examen : IO.2.59 - luxation bilatérale
Radio : I7.I.59 : Luxation bilatérale - noyaux présents arrondis de texture normale.

Mise en attelle le II.2.59
Contrôle radiologique le I5.3.59 - hanches non rentrées d'où cross-pull.
Arthrographie le IO.4.59 - limbus interposé - pénétration insuffisante.
Décision : intervenir.
Intervention : ablation du limbus : interposé à droite
un peu moins volumineux à gauche
on enlève la partie basse du repli capsulaire - pas de ligament rond - la tête pénètre des deux côtés mais est instable, même en rotation interne.

Plâtre :
abduction 80°
rotation interne 70 à 80°
flexion 0

Ostéotomie de dérotation le 20.5.59 : 70° x 2
I3.IO.59 - ablation des plaques
23.3.60 - radio : toit abaissé - bon centrage - noyaux normaux
2I.7.60 - idem

OBSERVATION n° I9

Nom : R ..... Gaëtane
Age : née le 20.7.53
L'enfant a-t-il marché ? oui
A quel âge ? I3 mois
Type de la luxation : unilatérale gauche
Radio : noyau gauche plus petit que le droit aux limites et à la texture normales.
Ier examen : 9.I2.55
Mise en traction continue
IO.2.56 - antéversion gauche 65° - droite 55°
réduction facile - ressaut faible - stabilité médiocre -
Arthrographie : interposition - étroitesse de l'isthme et gros ligament rond .

Mesure d'antéversion gauche 65° - droite 55°
décision : réduction sanglante
Intervention le II.5.56 - reposition sanglante - pas de ligament rond. L'isthme capsulaire est étroit entre un limbus hypertrophié et un repli capsulaire inférieur inextensible - section de ce repli - résection du limbus. réduction facile - stable.
Plâtre : abduction 45° - rotation interne IO° - flexion 25°
I3.7.56 - déplatrée
Radio : bon centrage - bons noyaux - hanche souple
I2.IO.56 Mise en attelle avec 45 ° d'abduction, et IO° de rotation interne.
I4.I2.56 - tête palpable - légère excentration en dehors et en haut.
8.2.57 - radio : toit à bonne hauteur - on laisse en attelles.
5.4.57 - mesures scopiques : gauche 60° - droite 45°
centrage correct. Toit non remanié.
Traitement : tricycle - attelle la nuit.
5.7.57 radio : tête bien centrée - toit non remanié.
commercer la marche
I8.4.58 - radio : pas d'ostéochondrite
22.6.59 : ostéotomie de dérotation 70°
2.9.59 - contrôle : déplâtrée - très bon centrage. Pas d'ostéochondrite.

OBSERVATION n° 20

Nom : R ..... Andrée
Age : 2 ans et demi
Type de la luxation : bilatérale
Radio : noyau présent, limites régulières, texture normale.
Ier examen : 27.4.59
Radio : luxation bilatérale

Mesure d'antéversion 70°
Mise en attelles le 27.4.59
Contrôle radiologique de la réduction sur les attelles (hanches stables.)
Arthrographie : très bonne pénétration - bon abaissement
Mesure d'antéversion 70°
Plâtre - abduction totale de 60° - rotation interne maxima 80° - flexion.
I3.5.59 - changement de position du plâtre - rotation interne 80°
Ostéotomie de dérotation I9.6.59 - 65°
Déplâtrée le 29.7.59
Contrôle radiologique : bon centrage
Evolution - marche : I.9.59 - ne marche pas - têtes palpables des deux côtés.
8.I.60 radio: tête un peu plus haute à gauche - noyaux normaux.
2I.5.60 - marche avec une boiterie
radio : bon centrage - pas d'ostéochondrite
II.7.6I - ne boite presque plus - hanches souples - toits s'abaissent.

OBSERVATION n° 2I

Nom : P .... Françoise
Age : I7 mois
Type de la luxation : unilatérale droite
Ier examen : 4.7.59
Radio Luxation unilatérale droite - noyaux présents plus petit à droite qu'à gauche.
Mise en attelles le 4.7.59
Contrôle radiologique : bonne pénétration de la tête.
Arthrographie : 7.8.59 - tête pénètre, mais reste un peu haute.
Mesure d'antéversion : 70° de chaque côté.
Décision : intervenir.
Intervention le I7.8.59 : très gros limbus enlevé - pas de gros ligament rond. On excise le repli capsulaire inférieur et le ligament transverse. Bonne pénétration de la tête.

Plâtre bilatéral : abduction 70° - rotation interne 70° - flexion IO°
Ostéotomie de dérotation 2I.9.59 - bilatérale
Plâtre en légère flexion-abduction - écart total 30°
Contrôle radiologique : satisfaisant.
Contrôle radiologique le 4.II.59 : ablation du plâtre.
Evolution:marche:I9.I2.59 marche à peine
Radio : très bon aspect. Le noyau reste plus petit à droite qu'à gauche.
27.2.60 : marche seule
4.3.60 - ablation des plaques
radio de contrôle : noyau normal à gauche - à droite : noyau légèrement altéré dans sa partie interne où la texture est irrègulière évoquant un début d'ostéochondrite.

2.6.60 - légère boiterie
Radio : bon centrage - à droite, le noyau s'est développé par rapport à la radio précédente - sa texture est plus homogène mais ses limites restent irrégulières.
Conclusion : croissance difficile du noyau sans que l'on puisse parler d'ostéochondrite véritable. (Ce noyau deviendra secondairement normal).

OBSERVATION n° 22

Nom : J..... Fabienne
Age : née le 26.6.57
Type de la luxation : luxation de la hanche gauche - imperfection à droite.
Ier examen : I8.6.59
Radio I8.6.59 - noyau gauche punctiforme légèrement plus visible à droite.
Mise en attelle 25.6.59 de Sommerville

Contrôle radiologique 3I.7.59 : la réduction n'est pas obtenue, d'où cross-pull.
I8.5.59:bonne réduction
Arthrographie le I7.8.59
Mesure d'antéversion 70° gauche et 60° à droite. Tête pénètre bien sous le limbus mais reste écarté du fond du cotyle et assez haute. Pas de pénétration de l'isthme.
Intervention le I7.8.59 - petit limbus - on l'enlève - très gros ligament rond (interposition majeure). Section du repli capsulaire inférieur. Pénétration bonne.
Plâtre bilatéral: abduction écart total I20° - rotation interne 70°- extension 0°.
Ostéotomie de dérotation le I8.9.59 -60° à droite - 80° à gauche.
Déplâtrée le 4.I0.59
I9.I2.59 - commence à marcher - encore un peu raide
contrôle radiologique I9.I2.59 - noyau un peu fragmenté à droite.
Evolution : marche , 2I.3.60 - ablation des plaques.
3.9.60 - marche presque normale
radio : bon centrage - l'aspect irrégulier remarqué sur la radio précédente semble très bien s'arranger.
I6.3.6I - marche normale - bon centrage - bons noyaux. Pas d'ostéochondrite.

OBSERVATION n° 23

Nom : H. ..... Maryline
Age : ?
Type de luxation : luxation de la hanche droite - subluxation à gauche
Ier examen : 23.3.59 - noyaux présents arrondis plus petit à droite qu'à gauche.
Mise en attelle le 23.3.59
I5.5.59 - cross-pull pour 8 jours

Contrôle radiologique le 25.5.59 - subluxation à gauche - luxée à droite (réintégrée sur attelle) Ressaut.
Arthrographie : interposition limbique à droite
Mesure d'antéversion : gauche 50° - à droite 60°
Décision : intervenir à droite
Intervention le 25.5.59 - à droite : on enlève un gros limbus, interposé, dégage l'arrière fond et excise le repli capsulaire inférieur - pénétration et abaissement satisfaisants.
Plâtre bilatéral - abduction 45° - rotation interne 80°
Ostéotomie de dérotation le 26.6.59 - 50° à gauche - 60° à droite
Plâtre pelvi-pédieux bilatéral.
5.8.59 - déplâtrée - radio : bonne consolidation - hanche en bonne place.
2.IO.59 marche avec une boiterie
Radio : bon centrage - toit s'abaisse - bon noyau
5.3.60 - boiterie bilatérale
radio : centrage parfait - noyaux normaux - toit s'abaisse
II.2.6I - marche sans boiterie - pas d'ostéochondrite.

OBSERVATION n° 24

Nom : C ..... Daniel
Age ?
L'enfant a-t-il marché ? oui
A quel âge : I7 mois
Type de luxation unilatérale droite
Ier examen 2I.7.59
radio le 2I.7.59 - Luxation hanche droite - noyau plus petit à droite qu'à gauche - texture normale.
Mise en attelle le 30.7.59 Sommerville
Contrôle radiologique sur attelle le I.9.59 : bonne réduction.
Arthrographie le II.9.59 - ressaut très net - bonne stabilité
Mesure d'antéversion : 80°

Décision : ne pas intervenir
Plâtre bilatéral abduction écart total I20° - rotation interne 70° flexion IO°
Ostéotomie de dérotation bilatérale le I9.IO.59 : 70° à droite 60° gauche
Déplâtré le 9.I2.59
Evolution- marche : I5.4.60 - marche retardée par infection intercurrente.
Radio : bon centrage - toit s'abaisse
I.6.60 - ablation des plaques
contrôle radio : pas d'ostéochondrite.

OBSERVATION n° 25

Nom : D ..... Patrick
Age : 4 décembre I957
L'enfant a-t-il marché ? non
Type de luxation : bilatérale
Ier examen 9.7.59
Radio : 9.7.59 - Luxation bilatérale - noyau céphalique punctiforme à droite, pas de noyau visible à gauche.
Mise en attelle de Sommerville le I6.7.59
Contrôle radiologique 2I.8.59 - hanches en place mais très loin du fond.
Arthrographie : 4.9.59 - hanches très stables - gros ligament rond de chaque côté mais la tête pénètre bien sous le limbus. Il y a un remplissage de la chambre céphalique.
Mesure d'antéversion 70° des deux côtés
Décision : on n'opère pas cet enfant.
Plâtre bilatéral abduction I20° - rotation interne 80° - flexion IO à 20°
Radio : têtes bien en place

Ostéotomie de dérotation : ostéotomie bilatérale le I4.IO.59 - 70° de dérotation de chaque côté - plaque de Shermann
Plâtre : écart total 60° - pour 45 jours
Déplâtré et contrôle le 2.I2.59 - montre l'apparition d'un petit noyau céphalique arrondi à gauche, tandis que le noyau droit a augmenté légèrement
Evolution - marche ; 2.2.60 marche à peine -trochanter saillant périnée carré - bonne mobilité - têtes non palpables.
Radio 2.2.60 - bon centrage - noyaux normaux - toit commence à s'abaisser.
23.3.60 - ablation des plaques
Radio : très bonne antéversion IO° de chaque côté - centrage parfait un peu de coxa-vara - les noyaux sont normaux.
3.I2.60 - bons noyaux - bon centrage - commence à redresser le coxa-vara
I5.6.6I - boite des épaules à très bon centrage - bons noyaux conserve une coxa vara.

OBSERVATION n° 26

Nom : A ..... Michèle
Age : 3 ans
L'enfant-a-t-il marché ? Oui.
Type de luxation : luxation bilatérale
Ier examen : 23.I2.58 - boiterie des épaules
Radio : 23.I2.58 - Luxation bilatérale - noyaux présents et d'aspect normal.
Mise en attelle de Sommerville le I5.I.59
Contrôle radiologique le 26.2.59 - réduction bilatérale

Arthrographie 6.3.59
à droite : hanche stable - la tête pénètre bien sous le limbus et s'abaisse bien.
à gauche : la tête se reluxe mais se remet facilement en place avec ressaut. Un gros repli capsulaire cache le limbus -pénétration semble bonne.

Mesure d'antéversion 52° à droite - 66° à gauche
Décision : on se contente d'un plâtre.
Plâtre : écart total abduction 90 °
rotation interne 70 °
flexion 30 °
Ostéotomie de dérotation le I4.4.59 - ostéotomie de dérotation bilatérale
Intervention symétrique : dérotation de 65° de chaque côté.
Plâtre : rotule au zénith - abduction légère.
Contrôle radiologique le 20.5.59 : après ablation du plâtre - bon centrage, noyaux normaux
Evolution - marche : I6.7.59 : commence à marcher. Hanches un peu raides.
29.9.59 - marche avec légère boiterie bilatérale . (hanche droite en rotation externe, hanche gauche en rotation interne, impression de marcher de côté).
Périnée carré - hanches non palpables.
9.I2.59 - ablation des plaques
Les toits se sont abaissés - le centrage est satisfaisant des deux côtés. Les noyaux se développent bien.
II.6.60 - marche en antéposition - boite à peine - trochanter saillant.
Radio : bons noyaux - toits abaissés - bon centrage.

OBSERVATION n° 27

Nom ; A ..... A.F.
Age : ?
L'enfant a-t-il marché ? oui.
A quel âge : I3 mois
Type de luxation : luxation unilatérale gauche.
Ier examen : 28.IO.59
Radio : 29.IO.59 - noyaux présents à gauche, plus petit qu'à droite.

Mise en attelle de Sommervile le 3.II.59
Contrôle radiologique le 2.I2.59 - réduction satisfaisante
Arthrographie le II.I2.59 - tête gauche pénètre bien - s'abaisse convenablement - limbus arrondi , tête éloignée du fond du cotyle.
Mesure d'antéversion : droite 58 ° - gauche 55 °
Décision : plâtre des deux côtés.
Plâtre bilatéral : abduction 45 ° - rotation interne 25 ° flexion 80 °
Radio de contrôle, sous plâtre : bon abaissement, mais tête gauche plus loin du fond du cotyle qu'à droite.
Ostéotomie de dérotation le 22.I.60 - ostéotomie de dérotation bilatérale.
Radio de contrôle.
Déplâtrée le 9.3.60
Contrôle radiologique le 9.3.60 : très bon centrage, bons noyaux le toit s'abaisse.
Evolution : 20.7.60 - ablation des plaques
Radio- satisfaisante

OBSERVATION n° 28

Nom : B ..... Laurence
Age : 9.IO.I957
Type de luxation : unilatérale gauche - dysplasie à droite.
Ier examen : 2.IO. 59
Radio : 5.IO.59 - noyaux présents aux limites régulières, aspect homogène, mais plus petits à gauche qu'à droite.
Mise en attelle de Sommerville le 7.IO.59
Contrôle radiologique le I5.II.59 : abaissement insuffisant à gauche on installe un cross-pull de ce côté. Après 8 jours de cross-pull, la tête descend, mais reste loin du fond et un peu plus haute que de l'autre côté.

Arthrographie à gauche faite le 27.II.59 - la hanche reste luxée, mais se réduit facilement avec un ressaut et une bonne stabilité. La tête passe largement sous le limbus, mais ne descend pas à la même hauteur que du côté opposé. On pense à un obstacle inférieur et on décide d'intervenir.

Réduction sanglante : limbus refoulé ne faisant pas obstacle - ligament rond prévu par l'arthrographie. On sectionne le repli capsulaire inférieur et le ligament transverse. On enlève le bourrelet fibreux qui formait obstacle à l'abaissement. Abduction 45° - rotation interne 70°

Radio : faite dans ces conditions montre que l'abaissement est insuffisant à gauche - on augmente l'abduction à 80°

Plâtre : abduction 80° - rotation interne 70° - flexion 20°

le 4.I.60 - ostéotomie de dérotation bilatérale 45° de chaque côté.

Contrôle radiologique : excellent centrage

Plâtre en abduction totale de 45° - rotule au zénith - à garder 45 jours.

Noyaux normaux

I7.2.60 - déplâtrée

Radio - bon centrage - bons noyaux

5.7.60 - marche avec boiterie - tête palpable à gauche

Radio : bon centrage - noyaux normaux

2I.8.60 - ablation des plaques

22.2.6I - marche sans boiterie

radio : antéversion bien corrigée. A gauche, le noyau est un peu irrégulier dans ses bords, mais représente simplement un aspect de croissance.

OBSERVATION n° 29

Nom . P ..... Catherine

Age : 3 ans

L'enfant a-t-il marché ? Oui.

Type de luxation : bilatérale (subluxé à gauche)

Ier examen : 3.IO.59

Radio : Luxation bilatérale - noyaux présents, d'aspect normal.
Mise en attelle le 3.IO.59 de Sommerville
Contrôle radiologique le 24.II.59 - bonne réduction mais, à droite la tête reste haute et externe.
Arthrographie le 4.I2.59 : à droite : la tête pénètre bien sous le limbus et descend - à gauche : un doute surtout pour le limbus, mais la tête pénètre bien.
Mesure d'antéversion droite 69° - gauche 65 °
La hanche gauche est stable, ne se luxe pas.
La hanche droite se réduit avec un ressaut, mais est très stable.
Indications thérapeutiques : réduction orthopédique.
Plâtre de réduction, bilatéral : flexion très légère (IO°) abduction 50 à 60 ° - rotation interne 80°.
Ostéotomie de dérotation bilatérale le I5.I.60 de 65 °
Plâtre pour 45 jours, rotule au zénith
I3.5.60- déplâtrée, ablation des plaques
Radio : avec contrôle d'antéversion droite IO° - gauche 4°
Le toit s'abaisse bien à droite, moins bien à gauche - centrage satisfaisant des deux côtés. Les noyaux se sont développés limites régulières, aspect homogène.
24.9.60 - marche sans boiterie - périnée carré - trochanters saillants - tête palpable.
Radio : bon centrage - noyaux aux limites irrégulières à gauche et à l'aspect non homogène (piqueté plus foncé dans le corps du noyau) à droite, un aspect également tigré.
26.4.6I - marche sans boiterie
Radio : satisfaisant - pas d'ostéochondrite - toits abaissés - bon centrage - noyaux normaux.

OBSERVATION n° 30

Nom : B ..... Marie Annick
Age : I9 mois et demi
L'enfant a-t-il marché ? Oui.
A quel âge : I5 mois.
Type de luxation : luxation de la hanche gauche
Date du Ier examen : 3.II.59 - marche avec boiterie
Radio 3.II.59 - hanche gauche luxée. Noyaux d'ossification présents mais plus petits à gauche qu'à droite.
Mise en attelle de Sommerville le 3.II.59
Arthrographie le I8.I.60 - à gauche, la tête est très stable mais ressaut mou. Elle reste éloignée du cotyle et haute. Elle passe largement sous le limbus mais reste haute et écartée et la substance du contraste s'amoncelle entre tête et cotyle.
Mesure d'antéversion : gauche 63° - droite 6I°
Indications thérapeutiques : il y a certainement un obstacle à la pénétration.
On décide d'intervenir.
Intervention le I8.I.60 - section de la capsule. On découvre un énorme repli capsulaire inférieur que l'on resèque, de même que le ligament rond relativement hypertrophié - ablation totale du limbus. Bonne pénétration.
Plâtre : abduction 45° - rotation interne 45°
Très bon centrage - abaissement suffisant.
I3.2.60 - ostéotomie de dérotation bilatérale de 50°
Radio de contrôle : bonne position
Plâtre pelvi-pédieux en extension et légère abduction - rotule au zénith.
Déplâtré le 5.4.60
Radio : mesure d'antéversion légèrement hypercorrigée à gauche. Garde I/20ème de degré à droite. Aspect des noyaux normaux En particulier, celui du côté gauche s'est bien développé.
5.9.60 - ablation des plaques
Radio de contrôle : satisfaisante
I9.I.6I marche bien - tête palpable à gauche - pas d'ostéochondrite.

OBSERVATION n° 3I

Nom ; J..... Laurence
Age : 3 ans.
Type de luxation : hanche gauche - sub luxation de la hanche droite.
Date du Ier examen : 8.I2.59
Radio le 8.I2.59 - sub-luxation à droite (luxation à gauche - noyaux normaux.)
Mise en attelle le 2I.I2.59 de Sommerville
Contrôle après un mois : têtes en place, mais reste haute et plus éloignée à gauche.
Arthrographie le 28.I.60 - à droite : sub-luxation simple. Bonne pénétration à gauche la tête reste en place, mais ressaut mou.
L'arthrographie montre un gros limbus sous lequel la tête passe bien, l'abaissement n'est pas aussi bon qu'à droite, en abduction, rotation externe.
Mesure d'antéversion : gauche 63° - droite 53°
Indications thérapeutiques : plâtre pour deux mois.
Abduction 70° - rotation interne 70° - flexion I0°
6.4.60 - ostéotomie de dérotation bilatérale 50° à droite - 60° à gauche.
Radio : bon centrage des deux hanches - noyaux bien développés à droite et à gauche, mais d'aspect non homogène, contours irréguliers.
Plâtre pelvi pédieux avec écart total de 60° - très légère flexion des hanches
Déplâtré le 25.5.60
Le I.6.60 - fracture supra-condylienne du fémur gauche.
le 30.7.60 - ne marche pas - hanche gauche moins libre qu'à droite mais indolence et mobilité sub-normale.
Radio : genou consolidé. Hanches : bons centrages - toits s'abaissant mais à gauche manque le tiers externe du noyau.

27.IO.60 - marche avec boiterie
radio - bon centrage - aspect des noyaux hétérogènes, manque le tiers externe du noyau gauche.
2.8.6I - marche avec une légère boiterie - noyaux normaux - Les toits s'abaissent - bon centrage.

OBSERVATION n° 32

Nom : R ..... Régine
Age : 22 mois
Type de luxation : bilatérale
Date du Ier examen : I7.I2.59
Radio : I8.I2.59 - luxation bilatérale haute - noyaux d'ossification présents et d'aspect normal.
Mise en attelle le I9.I2.59
30.I.60 - hanches stables, mais ressaut assez mou.
Arthrographie du 30.I.60 - montre à gauche la tête pénètre moins bien qu'à droite et reste un peu plus haute. En rotation interne, il reste de la substance de contraste au fond du cotyle et en rotation externe il reste de la substance sous la tête. La tête passe largement sous le limbus, on a l'impression de voir un ligament rond.
Indications thérapeutiques : intervention à gauche pour obstacles capsulaire inférieur.
Intervention : incision de la capsule. On enlève le ligament rond et on sectionne le repli capsulaire inférieur et le ligament de l'acétabulum. La tête s'abaisse alors très bien. On enlève le limbus par principe.
Plâtre suivant les données de la radio de contrôle - abduction 45° de chaque côté. Rotation interne 70°.
I4.3.60 - ostéotomie de dérotation de 50° de chaque côté.
Plâtre pelvi-pédieux - écart total de 40°
déplâtré le 4.5.60 , s'est varisé à gauche.

Marche et évolution ; le 9.7.60 - marche à peine. Trochanter très saillant, hanches non palpables - bonne souplesse.
Radio - les toits s'abaissent peu - centrage satisfaisant - noyaux normaux quoiqu'un peu irrégulier à droite.
28.IO.60 - ablation des plaques
I8.I.6I - radio : bon centrage des deux côtés, un peu trop de coxa-vara à gauche - noyaux normaux
Clinique : marche sans boiterie
2.8.6I - bon centrage - toits ne s'abaissant pas bien - noyaux normaux.

OBSERVATION n° 33

Nom : G ..... Patricia
Age : I2 Octobre I957
Type de luxation : subluxation bilatérale chez une enfant traitée à l'hôpital pour troubles du métabolisme rénal.
Date du Ier examen IO.5.60
Radio IO.5.60 - subluxation bilatérale avec noyaux d'ossification présents et d'aspect normal.
Mise en attelle en Juin I960.
Dès que la position est obtenue, on plâtre en rotation interne pendant deux mois. On ne fait pas d'arthrographie mais une dérotation systématique.
Mesure d'antéversion : droite 69° - gauche 50°
Le 26.8.60 - ostéotomie de dérotation 40° à gauche - 60° à droite
Plâtre en abduction totale d'environ 90° pour deux mois.
Déplâtrée le 20.IO.60
Radio : un peu trop de varisation à gauche
Marche et évolution : II.2.6I - commence à marcher - grosse boiterie - têtes non palpables.
Radio - bon centrage, un peu trop d'antéversion à droite, un peu trop de varus à gauche. Les noyaux d'ossification sont normaux.

22.2.6I - ablation du matériel
29.4.6I - marche bien - bon centrage - noyaux normaux
I3.8.6I - très bon centrage - les toits s'abaissent - noyaux normaux.

OBSERVATION n° 34

Nom : M ..... Michèle
Age : I6 mois.
L'enfant a-t-il marché ? non.
Type de luxation : bilatérale
Date du Ier examen : 9.2.60
Radio le 9.2.60 - luxation bilatérale - noyaux céphaliques présents et d'aspect normal.
La réduction se fait spontanément en abduction.
Mise en attelle le 9.2.60
Contrôle de la réduction le 20.3.60 : excellente
Arthrographie le 2I.3.60 - bonne pénétration sous le limbus de chaque côté. La tête s'abaisse bien, il reste un peu de substance dans le fond du cotyle en rotation interne.
Mesure d'antéversion : droite 59° - gauche 66°
Clinique : à droite : hanche stable, à gauche : réduction avec un ressaut net mais un peu mou, bonne stabilité.
Indications thérapeutiques : plâtre, abduction écart total I20° flexion IO° - rotation interne 80°
Le I3.5.60 - ostéotomie de dérotation 50° à droite 55° à gauche
Plâtre en extension - écart total 40°
Hanche droite un peu plus haute que la gauche
Déplâtrée le 29.6.60
Contrôle : bon
Marche-évolution : I4.9.60 ne marche pas, hanche souple
Radio : tête un peu externe à droite - à gauche, les limites du noyau céphalique sont un peu irrégulières.

6.I2.60 - commence à marcher - antéversion 30° à droite,20°à gauche.
6.I.6I - ablation des plaques - noyaux normaux - toits abaissés centrage satisfaisant.

OBSERVATION n° 35

Nom : M ..... A. Marie.
Age : née le 20.I.58
Type de luxation : subluxation à droite - luxation à gauche
Date du Ier examen : I2.3.60
Radio du I4.3.60 - luxation à gauche, subluxation à droite - noyaux céphaliques d'ossification présents et d'aspect normaux.
Mise en attelle de Sommerville le I4.3.60
Contrôle le I9.4.60 - réduction des deux hanches
Le 22.4.60 - arthrographie : à gauche, gros limbus, la hanche gauche est un peu moins enfoncée, un peu plus haute qu'à droite, mais pas d'obstacle vrai
Mesure d'antéversion : droite : 55° - gauche 55 °
Indications thérapeutiques : plâtre pour deux mois. Abduction I20° (écart total) rotation interne 70°
le 24.6.60 ostéotomie de dérotation bilatérale 0° de chaque côté.
Radio de contrôle :centrage meilleur à gauche qu'à droite.
Déplâtré le I7.8.60 - radio : très bon résultat . Toits abaissés, bon centrage, noyaux normaux.
Evolution et marche : marche en Septembre I960, hanches souples
Radio : bon centrage - à gauche IO à 20° d'antéversion. A droite plus de 40°
23.I.6I - ablation des plaques
24.4.6I - marche bien - légère boiterie
Radio - bon centrage - noyaux normaux.

OBSERVATION n° 36

Nom : M .... Monique
Age : née le 28.9.58
L'enfant a-t-il marché ? Oui
A quel âge : I8 mois.
Type de luxation : luxation unilatérale droite
Date du Ier examen : 4.6.60
Radio : 4.6.60 : luxation unilatérale droite - noyaux d'ossification présents.
Mise en attelle de Sommerville le I7.IO.60
Arthrographie le 23.II.60 de la hanche droite : gros limbus interposé - isthme étroit qui ne pénètre pas la tête. Il reste beaucoup de substance de contraste dans l'arrière fond, la tête ne s'abaisse pas.
Mesures d'antéversion : droite 60° - gauche 50°
Indications thérapeutiques : intervention sanglante à droite.
Intervention le 23.II.60 - on trouve un très gros limbus que l'on retire en totalité, on sectionne l'isthme et on dégage l'arrière-fond. Bon abaissement alors.
Plâtre : abduction, écart total 90° - flexion légère - rotation interne 70° (sur les données de la radio de contrôle qui montre un très bon centrage).
le 27.I.6I - ostéotomie de dérotation : 60° à droite - 50° à gauche
Radio de contrôle : centrage assez bon. meilleur à droite. Hanches assez raides.
Plâtre au zénith - écart total de 60°
Déplâtrée le I7.3.6I
Marche et Evolution : radio I7.3.6I - bon centrage
8.6.6I légère boiterie - hanche palpable à droite
Radio : bon centrage - noyaux normaux - les toits s'abaissent
3.7.6I ablation des plaques
Radio - 6.I.62 : toits abaissés - centrage satisfaisant - bon noyau.

OBSERVATION n° 37

Nom : P .... Martine
Type de luxation : hanche droite luxée - petit dysplasie à gauche
Date du Ier examen : 8.IO.60
Radio IO.IO.60 - luxation à droite - dysplasie à gauche - noyaux céphaliques présents - limites nettes - aspect homogène - noyau beaucoup plus petit à droite qu'à gauche.
Mise en attelle de Sommerville le IO.IO.60
Radio le I2.II.60 - bonne réduction - bonne pénétration
Arthrographie le I8.II.60 - bonne pénétration - abaissement satisfaisant.
Mesures d'antéversion 40 à 50° de chaque côté.
Plâtre : rotation interne 70° - abduction 50° de chaque côté - flexion légère.
Le 4.I.6I - ostéotomie de dérotation bilatérale - 45 ° avec un certain angle de varisation.
Plâtre en abduction 30° de chaque côté - rotation indifférente
Déplâtrée le 22.2.6I
Radio le 22.2.6I : centrage pas encore parfait - tête un peu haute surtout à gauche - le noyau céphalique droit se développe tout en restant plus petit que le gauche.
Mise en attelle d'abduction
29.3.6I - radio : rien d'anormal - hanches assez raides
8.8.6I - se tient debout
radio : bon noyau à droite, bien qu'un peu plus petit à gauche limites régulières, mais aspect non homogène. Le toit s' abaisse bien à gauche, mal à droite.
II.8.6I - ablation des plaques
I3.I2.6I - antéversion IO° de chaque côté - bon centrage à droite et à gauche une géode dans le noyau de la tête gauche.

OBSERVATION n° 38

Nom : F ..... M. Hélène
Age : née 29.I.59
L'enfant a-t-il marché ? Oui.
A quel âge : I6 mois.
Type de luxation : bilatérale haute
Date du Ier examen : 27.I2.60 - troubles de la marche - défaut d'abduction, saillie des trochanters.
Radio - luxation haute bilatérale - noyaux normaux
Mise en attelle de Simmerville le 28.I2.60
Radio : 2.2.6I : bon abaissement à droite, à gauche la tête ne descend pas. On décide de mettre un cross-pull à gauche de 500g
8.2.6I : la tête s'est abaissée.
IO.2.6I - la réduction se fait des deux côtés avec un ressaut assez mou surtout à gauche, mais stabilité satisfaisante en abduction et surtout en rotation interne.
Mesure d'antéversion : 52° à droite : 58° à gauche
Arthrographie bilatérale : à droite : gros limbus sous lequel la tête passe bien. Bon abaissement. Bonne pénétration. A gauche : gros limbus sous lequel la tête passe bien - abaissement satisfaisant - pénétration moins bonne, gros ligament rond
Pas d'arthrotomie.
Plâtre : abduction 40° (écart total) - flexion très légère - rotation interne de 70°.
28.4.6I - ostéotomie de dérotation bilatérale de 50°
Radio : bon centrage - noyaux normaux
Plâtre en extension, rotule au zénith - abduction 60° de chaque côté.
Déplâtrée le I5.6.6I
Bon centrage - noyaux bons
24.8.6I - marche à 4 pattes
Radio : luxation vraie à gauche
29.8.6I - à gauche : tête à cheval sur le limbus nettement hypertrophié que l'on resèque. Pas trace de ligament rond. On sectionne le repli capsulaire inférieur. La tête paraît

s'abaisser de façon satisfaisante.
Ablation du matériel de synthèse à droite et à gauche
Plâtre pelvi-pédieux bilatéral - abduction 45° - flexion 20° rotation correspondante. Plâtre pour deux mois.
Ténotomie des adducteurs à gauche
25.IO.6I - déplâtrée . Hanche très souple et en place.
Attelle d'abduction, écart total I20° - rotation ° à gauche - légèrement externe à droite.
29.II.6I - contrôle clinique et radiologique : ne garder l'attelle que la nuit.
I.2.62 - les toits se sont abaissés - le centrage est satisfaisant - les noyaux sont normaux.

OBSERVATION n° 39

Nom : H ..... M. Odile
Age : née le I6.II.58
Type de luxation : bilatérale.
Date du Ier examen : 20.I2.60
Radio : luxation bilatérale haute, noyaux d'ossification céphalique présents et d'aspect normal.
Mise en attelle de Sommerville le 2I.II.60
Contrôle le 20.I2.60 - aucun côté n'est entré d'où cross-pull bilatéral de O, kg 500
Le 25.I2.60 - côté gauche rentré
Le 29.I2.60 - le côté droite rentre lui aussi, mais reste loin du fond et mal abaissé (comme à gauche).
Mesure d'antéversion : droite 65° - gauche I50°
30.I2.60 - hanches très instables se réduisant pratiquement sans ressaut à gauche et minime à droite.
Arthrographie : la tête ne pénètre pas à droite comme à gauche.
Arthrotomie bilatérale : I° à gauche : limbus en éversion que l'on excise, on trouve un ligament transverse très dur

formant diaphragme et que l'on resèque, on incise la capsule inférieure jusqu'au psoas, la tête semble pénétrer mais le cotyle est parfaitement plat.
à droite : l'obstacle du ligament transverse est moins développé, mais il est aussi important et le cotyle aussi plat. Pas de ligament rond à droite et à gauche. Pour abaisser la tête il faut une abduction de 80° et une rotation interne de 60°.

Plâtre : abduction 80° - rotation 60°
3.2.6I - ostéotomie de dérotation bilatérale de 60°
Radio de contrôle : abaissement très satisfaisant des têtes avec un écart total de IOO° - aspect de noyaux satisfaisants.
Plâtre pelvi-pédieux, rotule au zénith
Déplâtrée le 22.3.6I
Radio : bon centrage, bons noyaux - hanches très raides
I7.5.6I - hanches très raides - bon centrage - bons noyaux
II.7.6I - hanches plus souples. Flexion de hanches.
Radio : bon centrage - les toits s'abaissent mal
8.I2.6I - ablation des plaques
Etude de la mobilité sous anesthésie : limitation assez importante bons noyaux.
Radio du 8.2.62 - toits abaissés - bon centrage - noyaux normaux.

OBSERVATION n° 40

Nom : C ..... Marie-Henriette
Age : 22 mois
Type de luxation : hanche gauche
Date du Ier examen : I5.5.6I
Radio : luxation de hanche gauche - noyau d'ossification céphalique nettement plus petit à gauche qu'à droite.
Mise en attelle le 2.6.6I
le 20.7.6I - contrôle : les deux hanches sont abaissées.

Arthrographie le 2I.7.6I - la hanche gauche s'abaisse bien, se réduit avec un bon ressaut et une bonne stabilité. Bonne pénétration.
Mesure d'antéversion : droite 50° - gauche 50°
Indication thérapeutique ; réduction orthopédique
Plâtre bilatéral : abduction 60° - rotation interne 60° - légère flexion.
Ostéotomie de dérotation bilatérale de 50° le 28.8.6I
Plâtre pelvi-pédieux en abduction 45° - rotules au zénith - légère flexion.
Radio de contrôle : bon centrage - noyau céphalique gauche reste plus petit que le droit, mais son aspect est homogène - ses limites régulières.
Déplâtrée le II.IO.6I - bon centrage
Marche et évolution : le 25.IO.6I : hanche gauche très raide en abduction - flexion légère.
Radio : hanche en place - noyau normal
Attelles : abduction écart total I20° (pour la nuit) rotation externe légère.
I2.I2.6I- hanches raides - enfant très indocile
Radio : hanches en place - noyaux normaux.

OBSERVATION n° 4I

Nom : M. .... Catherine
Age : I9.4.58
L'enfant a-t-il marché ? Oui.
A quel âge ? 2 ans.
Type de luxation : bilatérale très haute avec néo-cotyle.
Date du Ier examen : 3.I2.60
Radio : 3.I2.60 : Luxation bilatérale haute - noyaux présents des deux côtés, sans anomalie notable.

Mise en attelle de Sommerville le 4.I.6I

I4.2.6I première radio de contrôle : pas d'abaissement d'où cross-pull de 500 g de chaque côté. Pas d'abaissement, on double le poids. Abaissement insuffisant. Les têtes ne pénétrent pas dans le cotyle.

Arthrographie le 27.2.6I - hanche se réduit en rotation externe- A droite, hanche très instable, haute, ne passe pas sous le limbus. A gauche : une certaine stabilité.

Indication thérapeutique : intervenir à droite

Intervention le 27.2.6I : gros limbus, mais ne semble pas l'obstacle essentiel, l'arrière-fond est rempli de tissu lipomateux, on excise ces éléments et le ligament transverse, on a alors une excellente stabilité.

Plâtre : abduction 90° - flexion IO° - rotation O.

Radio : abaissement symétrique satisfaisant.

Déplâtrée à droite le 3.5.6I

Déplâtrée à gauche le 5.7.6I

Radio : la hanche gauche est luxée - raideur à droite, en abduction et rotation externe.

Le 7.7.6I : intervention sur la hanche gauche.

Arthrotomie : cavité à peu près nulle.Pas de limbus. On résèque les parties molles de l'arrière fond. On sectionne le ligament transverse, on abaisse la tête.

Radio de contrôle : hanche en place.

Plâtre pelvi-pédieux unilatéral gauche - abduction 60° - flexion 20° - rotation indifférente.

Traction à la Tillaux à droite pour réduire la raideur.

Le 4.IO.6I : radio : bon centrage à gauche et à droite, reste en place mais on est inquiet pour ce centrage - noyaux intacts.

La raideur a bien diminué à gauche.

Mettre en attelle d'abduction

Le 9.I2.6I (hanches plus souples)

Radio - bon centrage à droite , un peu plus haute à gauche - bons noyaux.

OBSERVATION n° 42

Nom : L ..... Laurence.
Age : I8 mois.
Type de luxation : luxation droite - dysplasie gauche.
Date du Ier examen : 8.3.6I
Radio : I5.3.6I : Luxation unilatérale droite - dysplasie à gauche - noyaux d'ossification céphalique présents à droite et à gauche - limites régulières - aspect homogène, mais le noyau de droite est plus petit que le gauche.
Mise en attelles de Sommerville le 25.3.6I
Contrôle le I2.5.6I -réduction de la hanche droite, mais la tête reste un peu loin du fond.
Arthrographie le I9.5.6I - à droite : réduction avec un bon ressaut petit ressaut à gauche. L'arthrographie de la hanche droite montre que la tête pénètre largement sous un limbus très net, mais elle reste un peu éloignée.
Mesure d'antéversion droite : 60° - gauche : 45°
Plâtre : abduction 70° -rotation interne 60° - flexion I0°
le 2I.7.6I - ostéotomie de dérotation 50° à droite - 35° à gauche.
Radio de contrôle : bon centrage - noyaux normaux - les toits s'abaissent.
Plâtre en abduction 40° de chaque côté. Flexion légère - rotation indifférente.
Déplâtrée le 6.8.6I
3.I0.6I - bon centrage - noyaux normaux - toits s'abaissent, mais l'enfant est tombée d'une chaise d'où fracture supracondylienne à gauche sans déplacement important.
26.I2.6I - bonne radio - hanches souples - enlever les plaques dans deux mois.

OBSERVATION n° 43

Nom : F ..... Chantal
Age : 3.9.59
Type de luxation : luxation hanche gauche - dysplasie droite
Date du Ier examen : 2.3.6I
Radio : noyaux d'ossification présents à droite et à gauche, d'aspect normal.
Mise en attelle de Sommerville le 8.3.6I
I5.4.6I - sur attelle, réduction se fait facilement
Arthrographie le 27.4.6I - à gauche : la tête se réduit bien avec un bon ressaut - bonne stabilité - la tête reste un peu haute plus à gauche qu'à droite. Impression d'un limbus refoulé.
Mesure d'antéversion 50° de chaque côté.
Indication thérapeutique : plâtre : abduction 60° - flexion 20° rotation interne 70°.
Ostéotomie de dérotation le 28.6.6I
Ostéotomie droite de 45°
Du fait d'un incident d'anesthésie, on fera l'autre côté plus tard.
Radio : à droite : bonne ostéotomie, bon centrage
Le 2I.7.6I - ostéotomie à gauche - dérotation de 45°
Radio : bon abaissement - noyaux intacts.
Plâtre bilatéral en abduction de 30° et légère flexion, rotules au zénith.
Déplâtrée le I5.8.6I
2.IO.6I - mouvements souples et indolores
Radio : têtes bien centrées - noyaux normaux - les toits s'abaissent
2.I2.6I - marche à peine - hanches très souples.
2I.I.62 - Les toits s'abaissent - le centrage est satisfaisant des deux côtés. Les noyaux se développent normalement.

OBSERVATION n° 44

Nom : D ..... Colette.
Age : 6.4.59
L'enfant a-t-il marché ? Oui.
A quel âge : I2 mois.
Type de luxation : bilatérale
Date du Ier examen : 30.5.6I - boiterie - abduction limitée.
Radio - luxation bilatérale haute - noyaux d'ossification présents à droite et à gauche,d'aspect normal.
Mise en attelle de Sommerville le I2.6.6I
le IO.7.6I - contrôle : pas d'abaissement - têtes hautes surtout à gauche, d'où cross-pull de 500 g à gauche et 750 g à droite.
20.7.6I - tentative d'abaissement. On peut réduire à gauche - à droite : on a beaucoup de mal. On remet l'enfant sur l'attelle avec un cross-pull de 500 g à gauche et I kg à droite.
7.8.6I -abaissement semblant satisfaisant, à gauche. Noyau d'ossification se développe normalement.
A droite : on a l'impression que la tête est plutôt en arrière du cotyle. Le noyau céphalique reste petit. ses limites étant légèrement irrégulières.
Mesures d'antéversion : au moins 70° de chaque côté.
9.8.6I - arthrographie - à gauche, tête reste haute, ne pénètre pas, impression de limbus interposé.
Intervention : la tête descend au niveau du cotyle mais passe en arrière. Il y a un énorme bourrelet limbique que l'on excise . Incision et libération du repli capsulaire inférieur d'où bon abaissement.
Ténotomie des adducteurs.
La tête est déformée, oblongue, aspect tigré sous le cartilage.
A droite : tête déformée - résection du limbus - section du repli capsulaire inférieur - on enlève le ligament rond. La tête pénètre bien.

4.IO.6I - radio de contrôle : satisfaisante, cependant noyau céphalique droit reste plus petit que le gauche.
Plâtre à droite : flexion 45° - abduction 45° - rotation interne 45°
à gauche : flexion 30° - abduction 60° - rotation interne 60°
5.IO.6I - ostéotomie de dérotation bilatérale de 60°
Radio : satisfaisante
Plâtre bilatéral et symétrique : flexion IO° - rotation externe légère - abduction 60° écart total.
On ne peut obtenir la rotule au zénith.
I5.II.6I - Déplâtrée - hanche en place - bons noyaux.
I6.I2.6I - radios identiques : les toits s'abaissent - bon centrage - bons noyaux.

OBSERVATION n° 45

Nom : B ..... Sylvie
Age : I.2.60
L'enfant a-t-il marché ? non.
Type de luxation : bilatérale
Date du Ier examen : I7.5.6I
Radio : luxation bilatérale - noyaux d'ossification présents et d'aspect normal.
Mise en attelle de Sommerville.
le 24.6.6I - contrôle sur l'attelle - réduction bilatérale.
le 26.6.6I - arthrographie : la hanche se réduit facilement en abduction. Ressaut assez net et bonne stabilité de chaque côté. Précise mal le limbus en abduction, rotation externe. La tête reste haute alors qu'en rotation interne : centrage satisfaisant et bon abaissement.
Mesure d'antéversion : 60° à droite et à gauche
Indication thérapeutique : réduction orthopédique.

Plâtre : abduction I20° - rotation interne 70° - flexion 20°
Le I8.8.6I - ostéotomie de dérotation de 55° de chaque côté
Radio : pas très bon centrage.
Plâtre en abduction de 60° de chaque côté.
le 4.IO.6I - sortie du plâtre.
Radio à gauche : bon centrage
à droite : excentration nette. Les noyaux d'ossification sont normaux.
Le 6.IO.6I - arthrotomie droite. Possibilité de réduction avec léger ressaut.
Antéversion 20° à gauche et 30° à droite
On trouve un gros limbus interposé que l'on resèque : on libère l'arrière-fond et on sectionne le ligament transverse. Abaissement semble bon.
Cliché en abduction 90° - flexion 30° - asse bonne réduction.
Plâtre dans cette position.
Contrôle : hanche plus haute - noyau déborde un peu au dessus de la ligne des Y.
I4.II.6I -radio contrôle : même centrage
I3.I2.6I - déplâtrée
Radio : centrage satisfaisant - bons noyaux.
27.I.62 - bon centrage - l'état des noyaux céphaliques est satisfaisant.

OBSERVATION n° 46

Nom : T ..... Colette
Age : née le 7.6.60
L'enfant a-t-il marché ? dépistée à la marche
Type de luxation : bilatérale haute.
Date du Ier examen : I4.I.6I
Radio : luxation haute bilatérale - pas de noyaux.
Mise en attelle de Sommerville le I8.I.6I

6.2.6I - contrôle : les têtes ne descendent pas, apparition de noyaux céphaliques punctiformes à droite et à gauche. On installe un cross-pull bilatéral à 250 g - puis 500 g.

27.2.6I - Les têtes sont abaissées mais à droite, la tête reste loin du fond du cotyle.

Mesures d'antéversion : 70° des deux côtés.

La luxation se réduit avec un ressaut très mou. Stabilité relative à gauche.

Arthrographie le 3.3.6I : à droite la tête pénètre mal. Instabilité On décide d'intervenir.

Intervention : limbus assez gros et un ligament rond, on resèque le repli capsulaire inférieure où on retire des débris dans l'arrière fond. Cotyle déformé en ogive. Stabilité meilleure.

Plâtre à droite : abduction 70° - flexion 20° - rotation interne 20°

à gauche : abduction 90° - flexion 0° - rotation interne 60°

le I.5.6I - ostéotomie de dérotation 50° de chaque côté.

Radio ; bon centrage - les noyaux céphaliques restent punctiformes à droite et à gauche.

Plâtre : abduction 45 ° de chaque côté. Rotules au zénith

le 30.I0.6I - ablation du matériel.

Radio - bon centrage - noyaux satisfaisants à droite et à gauche.

20.II.6I - Les toits s'abaissent, bon centrage des deux côtés. Les noyaux d'ossification se développent normalement.

OBSERVATION n° 47

Nom : V .....

Age : 20.2.58

L'enfant a-t-il marché ? Oui.

A quel âge : 2I mois.

Type de luxation : luxation bilatérale de hanches traitée auparavant pour cyphose

Date du Ier examen : I5.II.60

Radio : I6.II.60 : montre luxation bilatérale des noyaux céphaliques identiques des deux côtés et normaux.

Mise en attelle de Sommerville le 20.II.60

Radio le 20.I2.60 -têtes réduites des deux côtés. Bon abaissement bonne pénétration.

le 30.I2.60 - arthrographie : réduction faible. Bonne pénétration bon limbus.

Mesure d'antéversion : droite 58° - gauche 59°

Indication thérapeutique ; plâtre simple; en abduction 90° - rotation interne 70°

Le 30.I.6I - ostéotomie de dérotation 60° de chaque côté.

Radio : centrage à peu près satisfaisant

Plâtre : abduction I20° -d'écart total.

Déplâtré le 5.4.6I

Radio : bon centrage - bons noyaux - attelle d'abduction

2I.5.6I - ablation des plaques

Radio : les toits s'abaissent - laisser marcher

I8.4.6I - commence à marcher

Radio : très bon centrage. bons noyaux . Les toits s'abaissent.

-:-:-:-

C O N C L U S I O N S

Nous nous proposons d'étudier les causes de l'ostéochondrite de la tête fémorale dans les luxations congénitales de la hanche, traitées avant l'âge de cinq ans.

Il s'agit d'une ostéochondrite post-réductionnelle liée au traitement et non pas d'une complication de la maladie luxante.

Nous exposons la technique d'une méthode qui nous a semblé éviter au maximum l'ostéochondrite post-réductionnelle.

L'étude anatomique de la vascularisation de la tête fémorale nous amène à mieux comprendre les causes de l'ostéochondrite du fait de la précarité de la vascularisation terminale du noyau céphalique par la seule artère capsulaire postérieure de la naissance à l'âge de cinq ans.

Les travaux anatomo-cliniques permettent de bien individualiser la lésion d'ostéochondrite.

La connaissance des différentes méthodes de réduction met en évidence les facteurs déterminant l'apparition de l'ostéochondrite.

Dans la méthode orthopédique classique : l'abaissement brusque de la tête fémorale est une manoeuvre de force au cours de laquelle il y a une mise en tension des muscles periarticulaires. Le cartilage épiphysaire risque d'être directement lésé tandis que se produit une élongation brutale du tronc d'origine de l'artère

céphalique, ce qui entraîne des troubles importants de la vascularisation du noyau de la tête.

Après réduction, la mise en rotation interne est nécessitée par la fréquence de l'antéversion anormale propre aux hanches luxées. Mais cette position provoque la torsion de la capsule et de l'artère capsulaire postérieure qui favorise l'apparition de l'ostéochondrite.

L'immobilisation en position intermédiaire, proposée par certains auteurs ne simplifie pas le dilemne posé par le double écueil que constituent l'ostéochondrite post-réductionnelle et le défaut de centrage, la mise en position intermédiaire n'éliminant pas totalement l'ostéochondrite et favorisant le défaut de centrage.

Les causes de l'ostéochondrite sont aussi nombreuses dans la réduction sanglante. La réduction sanglante est une réduction forcée et comporte donc les mêmes risques que la réduction orthopédique.

A ces causes se surajoute la possibilité de lésion directe des vaisseaux au cours de l'intervention. Par ailleurs, la réduction sanglante doit être complétée par une immobilisation en abduction - rotation interne dont on connaît l'incidence sur l'ostéochondrite.

L'ablation systématique du limbus en tant que cause d'ostéochondrite ne peut être retenue. Un certain nombre de nos observations en font foi.

La méthode décrite permet d'éviter la mise en tension des éléments périarticulaires qui provoque une hyperpression sur la tête fémorale, et de préparer le système vasculaire du noyau céphalique à la mise en abduction - rotation interne.

Le premier temps de la technique est essentiel. IL consiste en la réduction lente sur attelle spéciale : l'abduction rotation interne progressive permet de réduire la luxation. L'extension continue supprime l'action néfaste des muscles rétractés. La vascularisation de l'épiphyse fémorale s'adapte lentement

aux positions extrêmes. La mise en place d'une traction supplémentaire perpendiculaire à la racine de la cuisse est parfois nécessaire pour complèter la réduction.

Au décours de ce temps de réduction l'étude de l'arthrographie, de la clinique et des radiographies simples, permet de décider si il y a lieu ou non de faire un arthrotomie. IL ne s'agit plus alors d'une réduction sanglante, mais d'une simple arthrotomie dans le but de lever un obstacle qui s'oppose à la pénétration de la tête fémorale dans le cotyle et d'assurer un centrage parfait en rotation interne.

L'enfant est immobilisé en position d'abduction - rotation interne dans un plâtre pendant une durée variable selon qu'il a ou non une arthrotomie.

Au bout de ce délai, il est pratiqué une ostéotomie de dérotation, dont l'angle correspond à la mesure préalablement pratiquée de cette antéversion anormale.

La liberté complète de ses hanches qui est progressivement rendue après consolidation.

L'étude de nos résultats démontre que cette méthode thérapeutique permet pratiquement de résoudre le problème de l'ostéochondrite, si grave dans les suites du traitement de la luxation de la hanche.

Notre seul cas d'ostéochondrite de gravité moyenne a été conditionné par l'erreur thérapeutique qui consiste à réaliser en un même temps opératoire, l'arthrotomie et l'ostéotomie de dérotation.

Par ailleurs, certains aspects radiologiques peuvent inquiéter et en imposer pour des signes d'ostéochondrite. Il s'agit en fait d'aspects évolutifs de noyaux céphaliques en voie d'apparition ; évolution qui peut être légérement perturbée, mais qui

dans tous les cas observés a pu aboutir à la constitution d'un noyau d'apparence radiologique normale, correspondant à une hanche cliniquement souple et indolore.

Dans un seul cas, trop récent pour conclure, existe une géode dans un noyau de texture et de forme normales avec un centrage satisfaisant.

-:-:-:-

Vu, le Président de Thèse :

Professeur MERLE D'AUBIGNE :

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur L. BINET

Vu, et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

BEDOUELLE J.,

Les hanches dysplasiques du nouveau-né.
Gazette médicale de France, Tome 29 - n°2,25,I.62

BERTRAND P.,GUIAS H.,

Résultats du traitement de la luxation congénitale de la hanche chez le jeune enfant.
Revue de chirurgie réparatrice et orthopédique
Tome IV - I955, n° I - page 56.

CASTAING. J., BUCHET C., DELANEAU J, et GROUSSIN P.,

L'appui antéro-supérieur de la tête fémorale et les aplasies cotyloïdiennes antérieures.
Rev. Chir. Orthop., Déc.I959, 45, n° 6, 93I

CHEYNEL J.,

Recherches sur la physiopathologie de la hanche : vascularisation de la tête et du col fémoral.
Revue d'orthopédie, T.33, n° I - 2
Janv. Mars I947, pp. 7-24.

DEGA, W., KROL, J., et POLAKOWSKI. L.,
Le traitement chirurgical de la luxation congénitale de la hanche chez l'enfant. Technique en un temps.
J. Bone Joint Surg. Juil. I959, 4I-A , n° 5, 920-934, 7 fig. 5 tabl. (bibliographie)

DISCUSSION DU RAPPORT DE MEARY ET GOURDON
Luxation congénitale de la hanche avant 5 ans
Revue de chirurgie orthopédique et réparatrice.
XXIX- Réunion annuelle de la S.F.O.T.

ESTEVE, R.,
La luxation congénitale de la hanche.
J. Bone Joint Surg. Mai I960, 42-B , n° 2, 253-263, 4tabl. I9 fig. (bibliographie)

GRANEL Fr., ETIENNE, E., CHEYNEL J., LESCURE G.,
Particularités vasculaires de la tête du fémur chez l'enfant.
Comptes rendus de l'association des Anatomistes. 34, Paris, I947.

HARRIS L.E., LIPSCOMB, P.R., et HODGSON , J.R.,
Le diagnostic précoce de la dysplasie et la luxation congénitales de la hanche.
J.A.M.A., 2I Mai I960, I73 , N°3, 229-344
5 fig. (Bibliographie)

ILFELD , F.W.,
Le traitement de la luxation et de la dysplasie congénitales de la hanche au moyen d'une attelle spéciale.
J.Bone Joint. Surg. Janv. I957, 39-A, n°I, 99-IIO, I3 fig. (Bibliographie)

JUDET, J., et JUDET, R.,
La luxation congénitale de la hanche à la naissance
Dépistage et traitement.
Concours méd., 25 juin I960, 82 , n° 26,
3293-2200 - 9 fig.

JUDET, J.,
L'avenir des luxations congénitales de la hanche réduites. Correction chirurgicale précoce de leurs défauts anatomiques.
Revue de chirurgie orthopédique et réparatrice de l'appareil moteur. Tome 4 - I958, p. I52-I76

JUDET,J., JUDET,H., LORD, G., ROY-CAMILLE, R., et COURTOIS,B.,
Traitement de la luxation congénitale de la hanche de l'âge de I8 mois à l'âge de 4 ans.
Presse méd. 25 Janv. I96I, 69 , n° 4, I6I-I64, 6 fig.

LAFFITTE, H., SUIRE, P., Melle THEODORE, MM. DJAVADU,F., et GORDJI,M.,
Traitement sanglant des luxations et subluxations congénitales de la hanche chez le jeune enfant.
Mémoires de l'Académie de Chirurgie. Séance du 23.I.57

LANCE, P.,
Ostéochondrite post-réductionnelle. Luxation congénitale de la hanche.
Les feuillets du Praticien. Tome VIII, n° I7,
II Juin I958, pp. 2029-2066.

LEFFMANN, R.,
La dysplasie congénitale de la hanche.
J. Bone Joint Surg., nov. I959, 4I-B , n°4,
pp. 689-70I, I tabl. I7 fig. (bibliog.)

LIMA,C., ESTEVE,R., et TRUETA, J.,
Osteochondritis in congenital dislocation of the hip : a clinical and radiographic study.
Acta orthopedica Scandinavia . Vol.I960, XXIX, Fasc. 3, pp. 2I8-236.

MANSOU, R.,
Epiphysical necrosis of the caput femoris
Acta orthopedica Schandinavia , vol. IO, suppl.III, I939, pp. 33I-338.

MEARY, R., et GOURDON, R.,
Luxations congénitales de la hanche avant 5 ans. Résultats et indications thérapeutiques.
Revue de chirurgie orthopédique. I954 - Juil.Sept. Tome 40 - pp. 323-403.

PETIT, P.P.,
Traitement de la luxation de la hanche.
Revue du Praticien. Tome VIII, n° I7, II.6.58. pp. 2029-2066.

PIERSON Michel,
"Premières impressions sur le traitement de la luxation congénitale de la hanche chez l'enfant par la réduction progressive ".
Thèse Bordeaux. I960, n° 244.

POISSON Raymond,
Résultats éloignés du traitement orthopédique de la luxation congénitale de la hanche.
Thèse Bordeaux, I956, n° 70.

PONSETI,I.V., et FRIGERIO, E.R.,
Résultats du traitement de la luxation congénitale de la hanche.
J. Bone Joint. Surg, Juil. I959, 4I-A, n° 5, pp. 823-846, I7 fig. I tabl. 2 graph. (Bibliog.)

PONSETTI,
Causes des échecs dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche.
J.B.J.S., Oct. I954, vol. XXVI, n° 4 pp. 775-793.

PUTTI VITTORIO, (Prof.)
Early treatement of congenital dislocation of the hip.
J.B.J.S. Janv. I933, vol. I5, pp.I6-23.

SALMON, M.,
Les résultats du traitement de la luxation congénitale de la hanche avant 5 ans.
Revue chir. orthop., Av-Juin I955, 4I, n° 2, I9I-202, 6 fig.

SCHOLDER-HEGI, P.,
Considérations sur l'ostéotomie intertrochantérienne oblique de dérotation-varisation.
Revue chir. orthop. , nov.I959, 45 , n& 5, 7IO-7I6.

SCOTT, J.C.,
La réduction à l'aide d'un cadre dans la luxation congénitale de la hanche.
J. Bone Joint Surg. (Brit.vol) Août I953, 35-B , n° 3, 372-374.

SCOTT, J.C., Oxford
Frame réduction in congenital dislocation of the hip.
J.B.J.S., Vol 35, n° 3 - august. I953.

SEZE (S. de) - LEQUESNE, M., (Paris)
Luxations et subluxations et dysplasies de la hanche.
Revue du rhumatisme, n° 3, Mars I957.

SEZE (S. de) - LEQUESNE, M.,
Le diagnostic étiologique de la coxarthrose.
Histoire de la Médecine, I954, pp. 6I-72.

SOMMERVILLE, E.W., and SCOTT, J.C., (Oxford)
The direct approach to congenital dislocation of the hip
J.B.J.S., Vol. 39-B, n° 4, November I957.

TREVOR David., (London)
Traitement of congenital dislocation of the hip.
J.B.J.S., Vol. 39-B, n° 4, november I957.

TRUETA, J., Oxford.
The normal vascular anatomy of the human femoral head during growth.
J.B.J.S. Vol. 39-B, n° 2, May I957, pp. 358-395.

TRUETA, J., Oxford
Appraisal of the vascular factor in the healing of fractures of the femoral neck.
Journal of Bone and Joint Surgery, I957, 39-B, p.3-5;

TRUETA, J.,

Osteoarthritis, an approach to the surgical treatment.
The Lancet may 5, I956, Vol. I; I956, n° XVIII. pp. 585-592.
" for the life, of the flesch is in the blood".

TRUETA, J., HARRISSON, M.H.,

The normal vascular anatomy of the femoral head in adult man.
Journal of Bone Joint Surgery, Volume 35-B, n° 3, pp. 442-46I august. I953.

WIBERG, G., (Stockholm)

Relation entre la subluxation congénitale de la hanche et l'arthrite déformante.
Acta orthopédica scandinavica I939, supplément III, pp. 350-372.

-:-:-:-

AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS - V.e
Téléphone : ODÉon 58-9[illegible]